سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس
الكتاب (٢٤/٣)

موسوعة علم النفس التأهيلي

المجلد الثالث
الإصابات

الدكتور علاء الدين كفافي
أستاذ الصحة النفسية
معهد الدراسات التربوية - جامعة القاهرة

الدكتورة جهاد علاء الدين
أستاذ الإرشاد النفسي المساعد
كلية العلوم التربوية - الجامعة الهاشمية الأردنية

الطبعة الأولى
١٤٢٧هـ / ٢٠٠٦م

ملتزم الطبع والنشر
دار الفكر العربي
٩٤ شارع عباس العقاد - مدينة نصر - القاهرة
ت : ٢٧٥٢٩٨٤، ٢٧٥٢٧٣٥، فاكس: ٢٧٥٢٧٣٥
www.darelfikrelarabi.com
INFO@darelfikrelarabi.com



إلى كل من يعانى ألما جسميا أو نفسيا
علّه يجد فى هذه الموسوعة - بإذن الله -
ما يخفف عنه بعض ألمه بشكل مباشر أو غير مباشر

علاء
جهاد



سلسلة المراجع فى التربية وعلم النفس

تصدر بإشراف نخبة من الأساتذة

تصدر هذه السلسلة بغرض النهوض بمستوى المراجع والكتب فى مجال التربية وعلم النفس والاجتماع بحيث تشتمل على أحدث ما صدر فى هذا المجال عالميا مع معالجته بمنظور ورؤية عربية مدعمة بخبرات الخبراء.

ويسر اللجنة الاستشارية أن يشارك أصحاب الفكر والكُتَّاب وأساتذة الجامعات بنشر مؤلفاتهم المتميزة فى تلك السلسلة.

وتضم اللجنة الاستشارية التى تناقش هذه الأعمال قبل صدورها مجموعة من خيرة علماء التربية وعلم النفس فى مصر والعالم العربى، وهم :



بسم الله الرحمن الرحيم

تقديم

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على نبينا محمد الأمين وبعد.

فهذه الموسوعة في «علم النفس التأهيلي وخدماته في مجال الإعاقات والإصابات والأمراض المزمنة» استشعر المؤلفان حاجة الميدان إليها. فعلى الرغم من أن بعض عمليات التأهيل تمارس بالفعل في مجالات عديدة؛ عسكرية كانت أو مدنية، كما أن بعض جوانب عملية التأهيل تدرَّس من خلال مقررات تعليمية في معاهدنا وكلياتنا الجامعية، في كليات ومعاهد: العلاج الطبيعي والتمريض والطب والآداب والتربية والخدمة الاجتماعية فإنه لا يوجد -في حدود علم المؤلفين- كتاب نظري يجمع شتات هذا العلم من الجانب النفسي بصفة خاصة، وهو جانب شديد الحضور والتأثير في نجاح عمليات التأهيل، بل وفي تحديد شدة الحالة وخطورتها.

والتأهيل هو رابع العمليات الأساسية في الخدمات النفسية أو الخدمات الطبية أو الطب نفسية، وهو في نفس الوقت ختامها وغايتها. فهناك عملية الوقاية وهناك عملية التشخيص وهناك عملية العلاج، ثم تأتي عملية التأهيل كختام وتتويج للعمليات السابقة لأنها هي التي تؤهل الفرد المصاب وتعيده إلى الحياة الطبيعية التي كان يعيشها قبل الإصابة أو إلى أقرب نقطة ممكنة من هذه الحياة، وذلك بمعالجة جوانب القصور والعجز، وتنمية الجوانب الأخرى إلى أقصى درجة ممكنة.

والتأهيل مهنة حديثة نسبيا، حيث ظهرت أول برامج التأهيل في منتصف الخمسينيات من القرن الماضي في الولايات المتحدة الأمريكية. وفي أواخر الخمسينيات تم الاعتراف بعلم النفس التأهيلي كتخصص مستقل وقائم بذاته، وأصبح يشغل القسم رقم (٢٢) من أقسام رابطة علم النفس الأمريكية. ويوما وراء يوم ازدادت خدمات التأهيل اتساعا وعمقا مع زيادة الوعي بقيمة هذه الخدمات. فالتأهيل كمهنة وكعمليات يزداد الإقبال عليه والاستفادة منه، وهو ما يجب أن تتنبه إليه مؤسساتنا التعليمية لتخريج المهنيين الذين يستطيعون القيام بأعباء هذه المهنة في مختلف جوانبها الجسمية والعصبية والنفسية والاجتماعية.

ويتناول المجلد الثالث الإصابات ويقع في ثمانية فصول ويتناول حالات الإصابة المستحقة للتأهيل. حالات إصابات العمود الفقري (الفصل الأول) وحالات بتر الأطراف (الفصل الثاني) وحالات الدماغ الصادمة (الفصل الثالث)، وحالات السكتة الدماغية (الفصل الرابع) وحالات اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (الفصل الخامس)، وحالات الإصابة العضلية العصبية والعضلية الهيكلية (الفصل السادس)، ثم حالات تصلبَ الأنسجة المتعدد (الفصل السابع) ويختتم المجلد بالحديث عن تأهيل حالات إصابات الحروق (الفصل الثامن).

ونحن نعلم أن كل عمل بشري ناقص بطبيعته، وهذا العمل كعمل طليعي لابد أن يكون به بعض النقائص. ويكفي المؤلفان أنهما استجابا لحاجة الميدان إلى مولف جامع وأوَّلي في علم النفس التأهيلي قد تتبعه محاولات أخرى تفصيلية في بعض الموضوعات النوعية يقومان بها أو يقوم بها باحثون آخرون. ولذا فالمؤلفان ينتظران من الزملاء والعاملين في الميدان بحثا أو ممارسة أن يرسلوا إليهما بملاحظاتهم النظرية والتقويمية، خاصة فيما يتعلق بواقع الممارسة التأهيلية في المجتمعات العربية، وما يمكن أن تتميز به واقع هذه الممارسة في مجتمعاتنا وكيف يمكن أن نطورها.

والمؤلفان -مرة أخرى- يرحبان بتلقي تعليقات الزملاء لكل ما يمكن أن يحسِّن هذه الموسوعة شكلا وموضوعا ومنهجا. وتجدر الإشارة إلى أن المؤلفين يربط بينهما رابطة علمية منهجية فكرية، فالمؤلفة الثانية للكتاب تلميذة للمؤلف الأول، فهى قد حصلت على الدكتوراه في الإرشاد النفسي من جامعة القاهرة تحت إشراف المؤلف الأول.

واللهم هذا ما وفقتنا إليه في خدمة بلادنا ومواطنينا الذين هم في أمس الحاجة إلى هذه الخدمات، واجعله يا رب في باب العلم النافع.. إنك نعم المولى ونعم النصير.

القاهرة | **علاء الدين كفافي**

٨ مايو ٢٠٠٥ | **جهاد علاء الدين**

قائمة شاملة بموضوعات الموسوعة

المجلد الأول
المنطلقات النظرية

المجلد الثاني
الإعاقات

المجلد الثالث
الإصابات

المجلد الرابع
الأمراض المزمنة

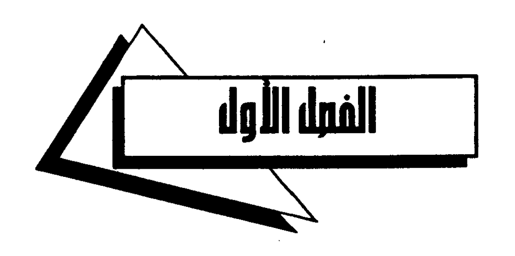
الباب الأول
أهم الأمراض المزمنة المستحقة للتأهيل

الباب الثاني
بعض المداخل العلاجية الخاصة المستخدمة في علم النفس التأهيلي

قائمة بموضوعات المجلد الثالث

الفصل السادس

حالات الإصابة العضلية العصبية والعضلية الهيكلية



حالات إصابة العمود الفقري

- مقدمة
- الجهاز العصبي
- بعض المتغيرات المرتبطة بإصابة العمود الفقري
- الآثار النفسية لإصابة العمود الفقري
- أسس التشخيص وتحديد احتمالات العلاج وتطوراته الحديثة
- مراحل الرعاية الطبية لإصابات العمود الفقري
- عمليات التأهيل في إصابات العمود الفقري

■ ○ ■ ○ ■

الفصل الأول

حالات إصابة العمود الفقري

مقدمة:

إن الهدف العام لعرض المعلومات الواردة في هذا الفصل عن إصابات العمود الفقري (أ. ع. ف) أو (أعف)[1] Spinal Cord Injuries (SCI) بالنسبة للمصابين ولذويهم هو جعل الناجين من تلك الإصابات الخطيرة مطلعين على الرعاية المتعلقة بحالات الإصابة الشديدة وعلى عملية التأهيل، ولجعلهم يمتلكون إحساسا ببعض السيطرة والتحكم في حياتهم بعد وقوع الإصابة. وهذا الهدف يمكن تحقيقه بتزويد الناجين من تلك الإصابات وأسرهم ببعض المعلومات بشأن شروط الرعاية الصحية الدقيقة ومكونات عملية التأهيل والأنواع المختلفة لمواقف التأهيل. كما أن توفير المعلومات العلمية الدقيقة لهؤلاء المصابين تؤهلهم وأفراد أسرهم لكي يكونوا قادرين على إطلاع أخصائيي التأهيل أيا كانت تخصصاتهم على ما يشغل بالهم وكل ما يفكرون فيه بشأن الإصابة، وبحيث يمكن خلق لغة مشتركة بين الفئة المستفيدة من التأهيل وأعضاء فريق التأهيل. وباختصار فإن من أهداف هذا الفصل أنه بعد قراءته هذا الفصل سيكون المصاب وأفراد أسرته قادرين على التعرف على نوعية الخيارات الموجودة أمامهم والاختيار من بينها.

وسنبدأ الفصل بنبذة مختصرة عن الجهاز العصبي ومكوناته وكيفية عمله ووظائفه لمن ليس له دراية سابقة بهذا الجانب، ثم نتحدث عن (أعف) وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموجرافية قبل أن نتحدث عن الآثار النفسية التي تعقب (أعف)، ثم نتحدث عن مراحل الرعاية الأولية من علاجات وجراحات ثم نتناول عمليات التأهيل لضحايا (أعف).

---

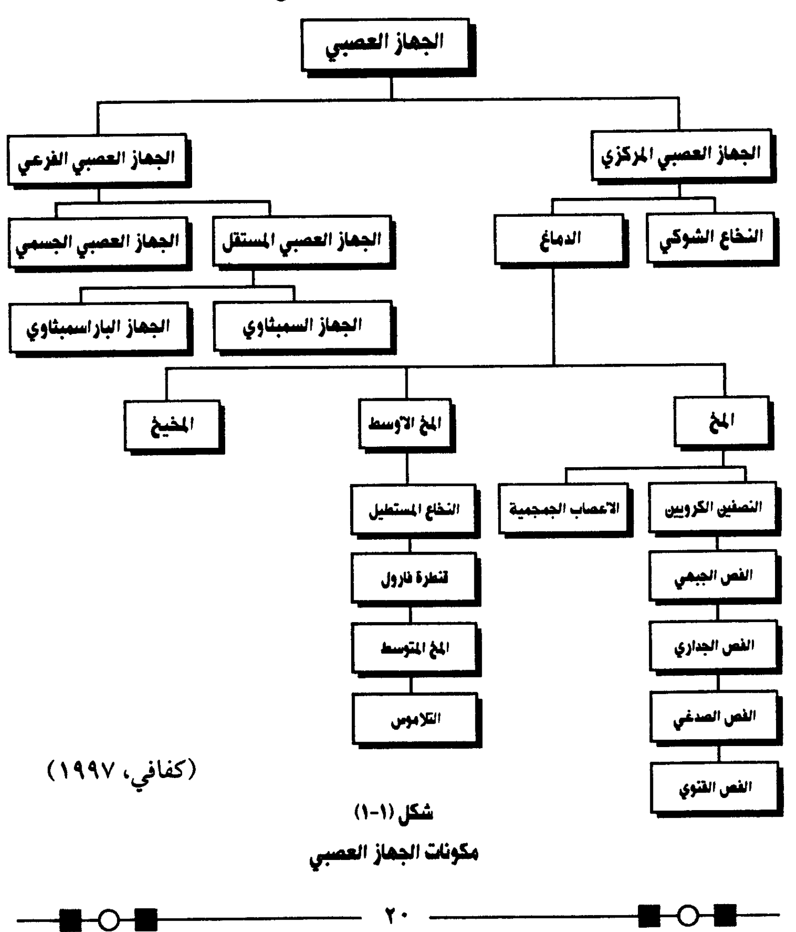
(١) يمكن وضع الحروف الأوائلية أ. ع. ف أو أعف كاختصار لاسم الإصابة (إصابة العمود الفقري) مقابل الحروف الأوائلية اللاتينية (SCI) اختصارا لاسم الإصابة باللغة الإنجليزية Spinal Cord Injuries .

القسم الأول

الجهاز العصبي

أ- مكونات الجهاز العصبي:

يتكون الجهاز العصبي من جهازين رئيسيين وهما الجهاز العصبي المركزي Central Nervous System (C.N.S) والجهاز العصبي الطرفي Perpheral Nervous System (P.N.S) ويتفرع من هذا الأخير الجهاز العصبي الذاتي Autonomic Nervous System (A.N.S) (انظر شكل ١-١).



(كفافي، ١٩٩٧)

شكل (١-١)

مكونات الجهاز العصبي

ولن نستطرد في شرح مكونات الجهـاز العصبي فذلك يخرج عن هدف هذا القسم من الفصل ويكفينا أن نشير إليهـا بالقدر الذي يسمح لنا بمتابعة الحديث عن (أعف). وقبل أن نتكلم عن هذه المكونات نذكر نبذة عن بعـض العناصر الرئيسية التي تساعد على فهم عمل هذا الجهاز، وهي الخلية العـصبية (العصبون) والعصب والسيال العصبي والمشتبك العصبي.

الخلية العصبية:

الخلية العصـبية (العصـبون) أو النيرون Neuron هي الوحدة الأسـاسية في الجهاز العصبي وتتكون من السيتوبلازم بداخلها نواة ويحيط بها غشاء. وبكل خلية بعض التـفرعات مـثل الشجـيرات Dendrites، ومحـور طويل يقوم بالتـوصيل العصبي من الخلية يسمى المحور Axon. وقد يكون هذا المحور مغطى بليفة عصبية تسمى الميلين Myelin. والميلين مـادة دهنية لها وظيـفتـان: الأولى تسهـيل مرور السيال العصبي، والثانية عزل مجـموعة الخلايا المكونة لعصب معين عن الأعصاب الأخـرى. ويكون لتـجمـيع الخـلايا في شكل عـصب عـلاقـة وثيقـة بحـدوث الإحسـاسات المخـتلفة. وفي نهاية المحـور توجد تفـرعات أخرى لا تـتلامس مع شجيرات الخلايا الأخرى.

العصب:

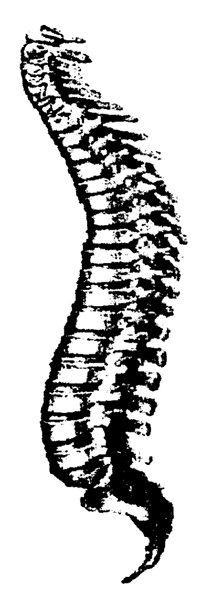
العصب Nerve حزمة من المحاور المغلفة بالميلين يجمـعها نسيج عصبي ضام ليعـزلها عن الحـزم الأخرى المجاورة. ومن أمـثلة الأعصـاب: العصب البـصري والعصب السمعي والعصب اللمسي، والعصب البـصري هو مجموعة من الألياف التي تصل بين العـين والمنطقـة البصـرية أو المنطقـة البـصـرية في المخ. وتنقـسم الأعصاب إلى نوعين: أعـصاب واردة أو أعصاب حـسية Sensory Nerves وهي الأعصاب التي تنقل السيال العصبي من أعضاء الحس إلى المخ وأعصاب صادرة أو أعصاب حـركية Motor Nerves، وهي الأعصاب التي تنقل السـيال العصبي من المخ إلى أعضاء الحركـة والعضلات والغدد. ويحتوي كل عـصب على عدة مئات من محاور النيرونات أو الخلايا العصبية.

السيال العصبي:

السيال العصبي Nervous Impulse هو تغيرات طبيعية كيمائية كهربية توصلها أو تنقلها الخلايا العصبية أو النيرونات. وعندما تمر التغيرات عبر الخلايا تسمى بالسيال العصبي. ويحدث السيال عن طريق دفعات كهربية، تنقل عبر الخلايا العصبية أو الأعصاب. وكلما كان المحور سميكا أو مغلفا بالميلين كانت سرعة السيال عالية، والعكس صحيح حيث تبطئ سرعة السيّال إذا كان المحور رفيعا أو غير مغلف بالميلين. وليس هناك نسبية في السيال العصبي، فإذا كانت الإثارة قوية أو كافية لإثارة الخلايا حدث السيال العصبي، أما إذا كانت الإثارة ضعيفة أو غير كافية فإن الخلايا العصبية لا تتنبه، وبالتالي لا يحدث السيال. وعلى ذلك فشدة الاستجابة لا تتوقف فقط على شدة الإثارة، وإنما على خصائص الخلايا العصبية أيضا.

المشتبك العصبي:

المشتبك العصبي Synapse أو الصلة العصبية هي المسافة التي توجد بين أطراف محور الخلية وشجيرات الخلية المجاورة، حيث إن الخلايا لا تتلامس، وإنما توجد بينها مسافة، وعلى ذلك فالاتصال بين الخلايا اتصال غير مباشر أو اتصال وظيفي.



شكل (١-٢)
العمود الفقري

أجزاء الجهاز العصبي المركزي:

***النخاع الشوكي* The Spinal Cord**

النخاع الشوكي أول أجزاء الجهاز العصبي في التكوين عند الفقريات. ويمتد النخاع داخل السلسلة الفقرية. وتبدأ من الفقرة العنقية الأولى وتنتهي عند الفقرة العصعصية الأخيرة والنخاع الشوكي ممر كبير للسيالات العصبية الصاعدة والهابطة، وللنخاع

الشوكي وظيفتان. الأولى: أنه محطة لتوصيل السيالات العصبية من الأعصاب الحسية إلى المخ (السيالات الحسية الواردة). ومن المخ إلى العضلات والغدد (السيالات العصبية الصادرة). والوظيفة الثانية: أن النخاع الشوكي هو الوسيط الذي تتم عن طريقه الأفعال المنعكسة. ولذلك فالنخاع الشوكي أول أجزاء الجهاز العصبي وأسبقها في العمل عند الكائنات الحية.

الدماغ The Brain

ويتكون الدماغ من ثلاثة أجزاء وهي المخ والمخ الأوسط والمخيخ.

أما المخ Cerebrum فيشتمل على النصفين الكرويين Frontal Lobes وهي تشكل الجزء الأعظم من المخ، ثم الأعصاب الدماغية أو المخية Cranial Nerves. أما النصفان الكرويان، فهو ذلك الجزء من الجهاز العصبي الذي يتكون داخل الجمجمة. وتنمو قشرة المخ بمعدل كبير، ولكن في حدود حجم الجمجمة، مما يجعلها تنثني فتحدث التلافيف المعروفة في المخ. ويختفي جزء كبير من سطح القشرة في ثنايا هذه التلافيف.

ويتكون النصفان الكرويان من حوالي ١٤ بليون خلية. وكثرة التلافيف والخلايا علامة على تعقد الجهاز العصبي ودرجة رقي الكائن. ولذلك فإن هذه الخلايا تبلغ عند الإنسان ثمانية أضعاف ما هو موجود عند بعض الحيوانات الأليفة كالقطط. وترجع أهمية النصفين الكرويين إلى أن يوجد بين خلاياها مراكز الحس والحركة اللاإرادتين.

أما الأعصاب المخية فهي المجموعة من الأعصاب توجد داخل الجمجمة يبلغ عددها اثنى عشر زوجا من الأعصاب ترتبط باثنى عشر مركزا في الجمجمة من ناحية وبأعصاب الحس والحركة من ناحية أخرى. وهذه الأعصاب بعضها حسي وبعضها حركي، وبعضها الثالث حسي حركي. ولهذه الأعصاب أهمية قصوى في ربط الكائن الحي بالبيئة الخارجية التي يعيش فيها.

وأما المخ الأوسط The Mid Brain فهو حلقة الوصل بين النخاع الشوكي والمخ، وهو لا يتوسط بين المخ والنخاع من الناحية المكانية أو الوضعية فقط، بل أنه يتوسطهما من الناحية التطورية أيضا، حيث إنه يتكون في المرحلة التالية من

النمـو بعد النخاع الـشوكي وقبل أجـزاء المخ الأخرى. ويتـألف المخ الأوسط من مجموعة من الأجهزة الفرعية. وهي النخاع المستطيل Medulla Abongate وقنطرة فـارول Pens والمخ المتـوسط Mid Brain والثـلامـوس Thalamus. وتصل هذه الأجهزة ما بين النخاع والنصفين الكرويين بنفس الترتيب.

وأما المخيخ Cerebellum فهو يـقع خلف المخ الأوسط، ويلعب دورا هاما في التحكم في العضلات الهيكلـية، وفي المحافظة على توازن الجسم. والمخيخ هو المسئول عن إحداث التآزر الحـركي للكائن. وإذا حدث وأصيب هذا الجزء ظهر أثر الإصابة على صورة اهتزازات واختلاجات في حركة الكائن.

أجزاء الجهاز العصبي الفرعي:

ويتكون الجهاز العصبي الفرعي من مجموعة الألياف العصبية الحية الصاعدة ومجموعة الأليـاف الحركية الهابطة. وينقسم الجهاز العـصبي الطرفي إلى قسمين: الجهاز العصـبي المستقل Autonomic Nervous System والجهاز العصـبي الجسمي Somatic Nervous System. ويهمنا بصفـة خاصة الجهاز العصـبي المستقل الذي ينظم نشاط العضلات الملساء والغدد وعضلة القلب.

ويشتمل الجهاز العصبي المستـقل على جهازين أساسيين يعمل كل منهما في اتجاه مضاد لاتجاه الآخر وهما:

- الجهاز الســمبثاوي Sympathetic System ووظيفته الإثارة والتنبـيه. فهو الذي ينبه القلـب للإسراع في الدقات، كـما ينبه الغـدد للإفراز، ويزيد حركة عضلات الصدر أثناء التنفس.

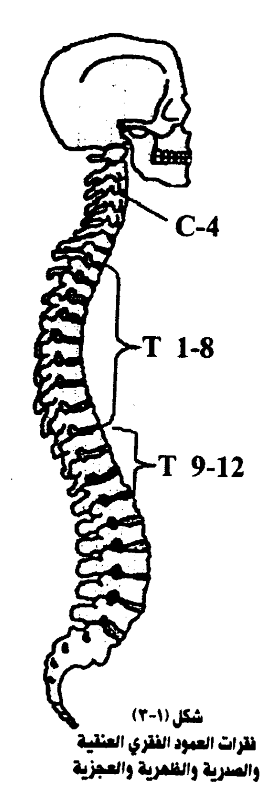
- الجهـاز الباراســمبـثاوي أو الجارســمبـثاوي Para Sympathetic System ووظيفته العمل في اتجاه الكف أو الإقـلال، فهو يعمل في الاتجاه المضاد لاتجاه عمل الجهاز السمبثاوي.

ويؤدي نشاط الجهاز السمبثاوي إلى زيادة في معدلات النشاط الفيزيولوجي، ليستطيع الـفرد أن يقوم بأعبائه ويواجـه مسئولياته، مما يؤدي إلـى استنزاف الطاقة وتقليل المخزون منهـا. بينما يؤدي نشاط الجـهاز الباراســمبثـاوي إلى تعويض هذه الطاقة، والمحافظة على مستواها بإحداث تنبيهات عصبية مضادة. ولذا يكون معظم

عمل الجهاز السمبثاوي أثناء النهار وفي فترات العمل، بينما يكون معظم عمل الجهاز الباراسمبثاوي أثناء الليل وفي فترات الراحة.

ب- كيف يعمل الجهاز العصبي:

ولكي نعرف كيف يعمل الجهاز العصبي نلجأ إلى تحليل أبسط الاستجابات مثل استجابة الانعكاس Reflex Response كانقباضة العضلة كرد فعل لوخزة الدبوس مثلا. أن التنبيه الحسي الذي تحدثه وخزة الدبوس ينتقل على شكل سيال عصبي عبر الأعصاب من الجزء الذي حدث له التنبيه إلى النخاع الشوكي، فيصدر سيالا عصبيا عبر الألياف الحركية الصادرة إلى العضلة التي تستجيب بالانقباض.



شكل (١-٣)
فقرات العمود الفقري العنقية والصدرية والظهرية والعجزية

ولكن أنواع السلوك الأخرى ليست بهذه الدرجة من البساطة، فقد يشترك المخ في إصدار الاستجابة ويقلل من شدتها أو حتى يكفها. ويحدث ذلك في كل ألوان السلوك التي تشترك في إصدارها الوظائف العليا من النشاط العصبي. ومعظم أساليب السلوك التي تقوم بها تقسم بدرجة عالية من التآزر بين العمليات الحسية والعمليات الحركية.

ويشبه الباحثون عمل الجهاز العصبي بجهاز تنظيم الاتصالات التليفونية وإن كان عمل الجهاز العصبي أكثر دقة وأكثر تعقيدا، لأن عدد الخطوط التليفونية التي يمكن أن يشملها أي تنظيم للتليفونات ويعتبر محددا جدا إذا قيس بعدد الاتصالات التي تحدث في الجهاز العصبي. كما أن الاتصالات التليفونية تتم بالاتصال المباشر عبر الأسلاك، أما الاتصالات العصبية فهي اتصالات غير مباشرة وتتم بطريقة وظيفية، وهناك فرق ثالث وهو أن الاتصالات التليفونية جامدة ومحددة، بينما هي

في الجهاز العصبي مرنة، وتخضع لأهداف واتجاهات الكائن وحالة النفسية والجسمية.

ج- وظائف الجهاز العصبي:

يمكن تلخيص وظائف الجهاز العصبي فيما يلي:

ج/١ القيام بميكانزمات التوصيل بين المستقبلات الحسية والاستجابة. فالجهاز العصبي هو الذي يربط بين المنبهات الحسية والحشوية والاستجابة الحركية أو الذهنية. ويستطيع الجهاز العصبي أن يستقبل أكثر من مثير ويربطهما معا في منظومة تؤدي في النهاية إلى تبلور دوافع معينة تستثير استجابات خاصة. فالجهاز العصبي يستقبل مثيرا خارجيا مثل رائحة الطعام، كما يستقبل مثيرا داخليا مثل تقلصات المعدة، كما يستقبل إحساسا بحالة اتزان خاصة في الجسم، ويربط بينهما جميعا لتؤدي إلى الإحساس بالجوع، ويتبلور بذلك الدافع إلى الطعام.

ج/٢ ترتبط بالوظيفة السابقة وظيفة أخرى. وهي الربط بين الاستجابات لتحقيق الغرض المطلوب منها. فعندما يبحث المرء عن شيء ضائع منه في المنزل، فإنه يقوم بمجموعة من الاستجابات لا تحدث عشوائيا، وإنما تحدث بنظام وترتيب معين. كما تتوجه هذه الاستجابات لتحقيق هدف خاص، وهو العثور على الشيء المفقود. فالجهاز العصبي لا يسهم فقط في إنتاج الاستجابة ولكن في إدراجها في نسق معين يحقق أهداف الكائن الحي. وبدون عمل الجهاز العصبي تتفكك الاستجابات، ولا نضمن أن تحقق هدفا. ففي مثال الطعام السابق تصدر أساليب السلوك التي تمثل البحث عن الطعام وتناوله كاستجابات متآزرة ومتناسقة.

ج/٣ يعمل الجهاز العصبي على ربط الكائن الحي بعالمه، حيث تعتمد جميع العمليات التي تمثل اتصال الفرد بعالمه -كاستجابات الحس والإدراك والتعلم والتفكير- على عمل الجهاز العصبي ويظهر أثر الجهاز العصبي في إقامة تنظيم علاقة الكائن الحي بعالمه في حالة مرض الاجنوزيا[1] Agnosia. وتحدث هذه

---

(١) الأجنوزيا Agnosia هي تعطل الذاكرة المعتمدة على الرؤية، حيث يرى الفرد الشيء ولا يستجيب له استجابات تدل على معرفة كنه هذا الشيء. فإذا رأى مريض الاجنوزيا قلما فإنه لا يستطيع أن يسميه أو يعرف وظيفته، على الرغم من أنه يراه، بمعنى وصول صورة القلم وانطباعها على شبكية العين، ولكنه يستطيع إذا تحسسه فإنه ينطبق باسمه، وأن يحدد وظيفته وذلك لأن المنطقة اللمسية مع المنطقة الوصلية المحيطة بها سليمة لم تمس.

الحالة إذا أصيبت المناطق الوصلية المحيطة بالمنطقة البصرية بالتلف. أما إذا أصيبت المنطقة البصرية ذاتها فإن الفرد يصاب بالعمى.

ج/ ٤ الجهاز العصبي مسئول عن التوازن بين الكائن الحي والبيئة الخارجية. فالجهاز العصبي المستقل مسئول عن إحداث هذا التوازن داخل الكائن ذاته. ويحدث التوازن الداخلي عن طريق عملية التعادل والتعويض بين عمليتي الإثارة والكف. فالإثارة تستنزف طاقة الكائن عن طريق الجهاز السمبثاوي، ولكن عملية الكف المضادة تعوض هذه الطاقة المستخدمة وتعمل على الحد من عملية الاستثارة. ويقوم الجهاز الباراسمبثاوي بعملية الكف هذه.

ج/ ٥ الجهاز العصبي هو الذي يقوم بتنبيه الغدد حتى تفرز هرموناتها. والهرمونات هي التي تنظم الوظائف الحيوية اللازمة للقيام بكثير من أساليب السلوك الضرورية والمطلوبة لحياة الكائن، حتى يحقق توافقه في البيئة التي يعيش فيها.

القسم الثاني

بعض المتغيرات المرتبطة بإصابات العمود الفقري

أ/ ما الذي يحدث للشخص عندما يصاب بإصابة في العمود الفقري؟

يعد العمود العظمي الخلفي في الظهر الداعم الأول للجسم واستقامته ووظائفه، وهو يتألف من مجموعة كبيرة من العظام كل واحدة فوق الأخرى كأحجار بنيان أي مبنى. ويطلق على العظام التي تقف بعضها فوق بعض بالفقرات Vertebrae، ويمتد العمود الفقري خلال هذه العظام المتراصة، وتساعد تلك العظام في حماية العمود الفقري.

ويشبه العمود الفقري -وهو أحد أجزاء الجهاز العصبي- مجموعة أسلاك التليفون وتذهب هذه الأسلاك من الدماغ إلى الأسفل في وسط الظهر حتى أسفل المؤخرة Buttocks ويبلغ طول العمود الفقري حوالي ثماني عشرة بوصة. وتشبه الأعصاب التي بداخله الأسلاك التليفونية. وبحدوث (أعف) فإن العمود الفقري قد يتأذى في أي منطقة ابتداءً من العنق حتى نهاية المؤخرة أسفل الظهر. ويعمل العمود الفقري ككابل التليفون Telephone Cable فهو يرسل الرسائل إلى ومن

الدماغ إلى جميع أقسام الجسم. والدماغ يشبه الكمبيوتر فهو يقوم بتصنيف جميع الرسائل وفرزها.

ما الذي يحدث عند حدوث الإصابة في العمود الفقري؟

تستمر جميع الأعصاب التي تقع أعلى مكان الإصابة في العمل بنفس الكفاءة التي كانت تعمل بها في السابق -قبل وقوع الإصابة- لكن في الأجزاء التي تقع تحت below مكان الإصابة يصبح الوضع شبيهها بحالة أجهزة التليفون التي لا تعمل بشكل جيد أو صحيح. فأعصاب العمود الفقري في تلك المنطقة المصابة أو المتأثرة بالإصابة تصبح غير قادرة على إرسال الرسائل إلى ومن الدماغ إلى جميع أجزاء الجسم، كما كانت تفعل قبل وقوع الإصابة.

وإذا لم يتمكن المصاب من تحريك ساقية ولكنه استطاع تحريك واستخدام ذراعيه كالسابق فإن العمود الفقري يكون قد تأذى في منطقة الظهر Back Area ويطلق على حالته الشلل السفلي Paraplegia. وأما إذا لم يتمكن الشخص من تحريك ساقيه، ولم تتمكن ذراعاه من التحرك كالسابق -قبل الإصابة- يكون العمود الفقري قد أصيب في منطقة الرقبة Neck Area ويطلق على حالته تيترابليجيا Tetraplegia والتي كانت تسمى في الماضي حالة كوادر بيلجيا Quadriplegia أي الشلل الرباعي.

وكلما كانت الإصابة في العمود الفقري أقرب إلى منطقة الدماغ كان مستوى الإصابة أشد وأعلى. ولا يستطيع إلا القليل فقط من أجزاء وأجهزة الجسم من العمل بصورة طبيعية عندما يكون مستوى الإصابة عاليا.

ب/ نوع ومستوى الإصابة في العمود الفقري:

ويتم تحديد نمط الإصابة في العمود الفقري من قبل الطبيب بأنها كاملة أو غير كاملة. والإصابة الكاملة (Complete) تشبه عملية تقطع جميع خدمات الاتصال التليفوني في مبنى، فلا يمكن وصول أية رسائل من وإلى المكاتب داخل المبنى. وتشبه عملية الإصابة غير الكاملة (Incomplete) توقف الاتصال التليفوني في بعض مكاتب المبنى. فالبعض يمكنه الاتصال في حين أن البعض الآخر لا يمكنه ذلك كلية. وتعتمد كمية ونوع الرسالة التي يمكن تمريرها ما بين الدماغ وأجزاء

الجسم على عـدد الأعصاب التي بقيت سليـمة ولم تتعرض للتلف. وقـد يحتفظ بعض الأشخاص المصـابين بإصابات غير كاملة بالكثيـر من الإحساس لكن بالقليل من القـدرة على الحـركة. في حين قـد يكون لدى البـعض الآخـر بعض الحركـة والقليل من الإحساس.

ويتحـدد مستـوى الإصابة Level of Injury بعد إجراء الطبـيب للعديد من الفحـوصات الدقيقـة للمصاب. ويشيـر المستوى إلى أقل وأدنى نقطة في العـمود الفقري يوجد تحتها تناقص أو فقدان للشعور (مستوى الإحساس) والحركة (مستوى الحركة). وكما أشرنا فكلما كان مسـتوى الإصابة أعلى في العمود الفقري أو كلما كانت أقرب إلى منـطقة الدماغ كان فقـدان الوظائف (الشعور والحركـة) والخسارة فيـهما أكبـر. ولا يخفى أن القليل فقط من أجـزاء وأجهزة الجسم تسـتطيع العمل بصورة طبيعية لدى ارتفاع موضع الإصابة.

وعادة مـا يتساءل ضحـية (أعف) هل يمكن أن أعود مرة أخـرى قادرا على الحركة كـما كنت أفعل قبل الإصـابة؟ إن الإجابة على هذا السؤال يعتـمد بصورة أساسية عـلى مدى الأذى الذي لحق بالأعصاب داخل العمود الفـقري حيث مكان الإصابة. وغالبا ما يقوم الأطباء بغرس مشابك في الساقين والذراعين ويطلبون من المصاب تجـريب ومحاولة التحـرك. وهذا يطلع الطبيب على مـدى وكيفيـة عمل الأعصاب.

أن الأعصـاب القادمة مـن الدماغ إلى الأسفل وعلى طول الـعمود الفـقري تذهب أيضا إلى أجزاء أخرى في الجسم، كالرئتين (للمساعدة على التنفس) والمثانة والأمعاء، والتي لا تعود تعمل كما كانت تعمل قبل وقوع الإصابة. وخلال عملية التأهيل يتولى فـريق التأهيل الطبي تعليم المصاب طرقا جديدة ليـتحكم في وظائفه الجسدية.

ج/ مدى انتشار وتكلفة إصابة العمود الفقري:

يعيش ما يقارب المليونين من الأشخاص في الولايات المتحدة الأمريكية وهم يعـانون من (أعف). وتحدث إصـابة جديدة كل ٤٩ دقـيقـة مؤدية إلى وجـود ما يقارب إحدى عشر ألفـا (١١,٠٠٠) من حالات (أعف) الجديدة سنويا. وتحدث

أكثر من ٥٠٪ من جميع حالات (أعف) بين أفـراد الفئة العمرية ١٦ - ٣٠ سنة. وكما ذكرنا فهناك نمطين أساسيين في (أعف) الشلل السفلي paraplegia أي فقدان الإحساس في الجزء الأسفل من الجسم والذي يـصيب ٥٣٪ من مجموع المصابين، والنمط الثـاني وهو التـيتـرابلجـيـا أو الشلل الرباعي Quadriplegia أي فقـدان الإحســاس في كل من الساقين والذراعين الذي يصيب ٤٧٪ من مـجموع ضـحايا (أعف) (Rehabilitation Nursing 2002).

وتتضمن أكثر العوامل شيوعا التي تسبب (أعف) ما يلي:

- حوادث السيارات ٤٤٪
- أعمال العنف ٢٨٪
- الوقوع والسقوط ٢١٪
- الرياضة (التجديف بالذات) ٧ ٪

وتعتـبر حالات (أعف) مكلفـة جدا، والقليل فقط مـن المصابين هم الذين يستفيدون من نظام التـأمين الصحي. وغالبا ما تستغرق مدة الإقـامة في المستشفى بعد الإصابة مـباشرة لفتـرة تصل إلى ١٥ يوما (في الولايات المتحدة) وبتـكلفة قد تصل إلى ١٤٠ ألف (١٤٠,٠٠٠) دولار، وهذه المدة تتبعها مدة أخرى تصل إلى ٤٤ يوما في مستشفيات أو وحدات التأهيل Rehabilitation units وهذا قد يكلف ما قيمـته ٢٥ ألف (٢٥,٠٠٠) دولار هذا علاوة على الخسارة المتمـثلة في فقدان الدخل والمزايا الأخرى. Spinal Cord Injury, 2002.

القسم الثالث

الآثار النفسية لإصابة العمود الفقري

قـد يعـاني الفرد الـذي يبتلـى بحالة (أعـف) بعض الآثار أو الاضطرابات النفسية. وسنذكر أهم هذه النتائج المحتملة، وبالطبع فإن احتمال تعرض الفرد لأي منها يتوقف على عـوامل بعضها يرتبط بسمات الشـخصية وبعضهـا الآخر بعوامل ومتغيرات البيئة المحيطة به بشقيها الفيزيقي والاجتماعي وأهم هذه الآثار ما يلي:

أ- الاكتئاب:

يعتبـر الاكتئاب Depression من الاضطرابات الشائعـة جدا عند الأفراد من ضحايا (أعف) ولا يخفـى علينا أن الاكتئاب يحد من أداء الفرد ويغـيِّر من نوعية

حيـاته إلى الأسوأ، ويحـدث ضغوطا على مـصادره وإمكانيـاته الصحـية. ويرى أخصائيو علم النفس التأهيلي أن المصابين بالاكـتئاب من بين حالات (أعف) غالبا ما ينزعون إلى الاتكالية في أداء أعمـالهم، وهم القادرون على أدائها وإلى التحرك بشكل أقل مما هو متوقع من الذين في حالتهم خاصة عندما يغادرون المستشفى.

وتشير الدراسات العديدة إلى أن الاكتئاب والسلوك الاكتئابي يرتبط بالنواحي الآتية:

١- رغبة في الإقامة في المستشفى لفترة أطول من المطلوب.

٢- التحسن الأقل خلال تقديم خدمات التأهيل.

٣- المضاعفات الصحية الثانوية الأخـرى كالتقرحات الجلدية والالتهابات في الجهاز البولي.

وقد تبين أن ضـحايا (اعف) والذين يعـانون من الاكتئـاب، ويقيـمون في منازلهم؛ عادة ما يمضون أياما عديدة في السرير، ولا يغادرون المنزل إلا فيما ندر، ويتغيبون عن العمل بشكل مستمر، ويكلفون أنفسهم نفقات علاجية باهظة.

ب- محاولات الانتحار:

ويعتبر الانتحار suicide من أخطر النتائج التي يمكن أن يؤدي إليها الاكتئاب التي يستـشعره ضحـايا (أعف). وتظهر محـاولات الانتحار عندمـا تقف الإصابة حاجـزا أمام تقدمهم، وعندمـا يتضح لهم أن الإصابة أصـبحت قيدا على نوعـية الحياة التي يرغبون في معيشتـها. وقد يأخذ الانتحار صورة العمل الفعلي الواضح على إنهـاء الحياة. وقـد يأخذ شكل الإهمـال الذاتي Self- Neglect المتعـمد أو الرفض الصريح للرعاية الصحية الواجب الالتزام بها. ويـعتبر الانتحار مسئولا عن موت مـا يقارب ٥٪ - ١٠٪ من ضـحايا (أعف) في حين أن نسـبة الانتـحار في المجموع العام لا يزيد عن ١٪.

وهناك بعض العوامل التي تنذر بالخطر ويمكن اعتبـارها من الأسباب المسئولة عن ارتفاع نسبة الانتحار عند ضحايا (أعف) وهي:

- تعاطي العقاقير والمخدرات والكحوليات.

- التاريخ المرتبط بالمرض النفسي والجريمة.

- التفكك الأسري.

- حدوث محاولات الانتحار قبل الإصابة.

وتشير البحوث إلى أن معدل الانتحار لدى ضحايا (أعف) يرتفع بشكل ملحوظ بين الأفراد الراشدين من الشباب وبين الرجال وبين أبناء العرق الأبيض. كما تبين أن نسبة الانتحار ترتفع بين المصابين بشلل غير كامل لأحد الأطراف Para plegia (حالة الشلل التي يبقى فيها لدى الفرد بعض الإحساس والحركة الجزئية في اليد والذراع مع شلل كامل في الساقين). كما توصل الباحثون إلى أن خطر الانتحار يتضاءل بعد مرور سنة من الإصابة ويضعف كثيرا بعد مضي خمس سنوات على الإصابة. ويشير هذا إلى أن هذه الفئة قد تعلمت قدرا من مهارات التعامل والمواجهة Coping Skills بصورة مبكرة يؤدي إلى تراجع في رغبتهم على الانتحار. كما أن ذلك يشير أيضا إلى ضرورة تطوير برامج تأهيلية إرشادية تهدف إلى معالجة هذه الفئة على الفور، وخلال السنة الأولى للإصابة، وبعد مغادرتهم المستشفى وذلك للتقليل من احتمالية حدوث الانتحار، ولزيادة السيطرة على هذا العامل الشديد الخطورة.

ج/ اضطرابات القلق:

تعتبر اضطرابات القلق Anxiety Disorders من الحالات النفسية المتوقع أن تصاحب حالات (أعف) وذلك على أساس فداحة الإصابة والظروف المأساوية الضاغطة المرتبطة بظهور الإصابة أو ما يترتب عليها من خسارة جسيمة ونواتج جسمية. ويتساءل الكثير من ضحايا (أعف) -كما سبق أن أشرنا- عما إذا كان في الإمكان أن يتلقى علاجا ناجحا وتأهيلا يسمح بالعودة ثانية إلى المجتمع بما يتضمنه هذا التساؤل من آمال ضعيفة ومؤثرات قاسية.

وقد توصلت مجموعة من الباحثين إلى أن مستويات القلق لدى حالات (أعف) تكون أعلى من مستويات القلق لدى أفراد مجموعات إصابات أخرى، حتى أن مستوى القلق لديهم لم ينقص خلال سنة من مغادرتهم المستشفى. ووجد الباحثون عند دراستهم لنفس المجموعة بعد سنتين أن مستويات القلق مازالت مرتفعة مقارنة بالمجموعة الضابطة. كما وجدوا أن القلق العام لا يرتبط بالسن،

ولكنه يرتبط بمقدار الضغوط والتوتر التي يتعرض لها الفرد الذي يعاني من (اعف).

د - القلق الاجتماعي والخوافات الاجتماعية:

من الممكن أن تنشأ حالات القلق الاجتماعي Social Anxiety والخوافات الاجتماعية Social phopias لدى الأشخاص الذين يعانون من (أعف). وقد تم تحليل حالة القلق وتجنب الآخرين في المواقف الاجتماعية من حيث السن ونوع الإصابة والمدة التي مضت منذ وقوع الإصابة. ووجد أن القلق الاجتماعي مرتبط بالسن وليس مرتبطا بنوع الإصابة أو بالمدة الزمنية. كما وجد بصورة خاصة أنه بصرف النظر عن نوع الإصابة أو المدة التي مضت منذ وقوع الإصابة فإن الأشخاص الأكبر سنا يعانون من درجة أكبر من القلق الاجتماعي مقارنة بالأشخاص الأصغر سنا.

وقد قيِّمت فنيات ومواد تطوير المهارات الاجتماعية لدى الأشخاص الذين يعانون من (أعف)، والتي يفترض أنها قادرة على تخفيض عدم الارتياح وتجنب الآخرين. ويبدو أن الطبيعة الصادمة لـ (أعف) تُعرِّض مثل هؤلاء الأشخاص لخطر الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress Disorder (PTSD).

وقد قيِّمت إحدى الدراسات التشخيص الحالي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى مجموعة من المحاربين القدماء من ذوي (أعف). وباستخدام مقياس لقياس هذا الاضطراب مع مقابلات منظمة مستندة إلى معايير المراجعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الذي تصدره الرابطة الأمريكية للطب النفسي (1987) DSM - III- R. وجد القائمون بالدراسة أن نسبة التشخيص الحالي لهذا الاضطراب تبلغ ١٤٪ - ١٧٪ وأن نسبة التشخيص لمدى الحياة تبلغ ٣٤٪ - ٣٥٪ وذلك اعتمادا على الأداة المستخدمة. وقد ذكر الباحثون أن هذه النسب مشابهة لنسب المجموعات التي تعاني من تجارب صادمة. ويتعين إجراء المزيد من الأبحاث للتأكد من مختلف جوانب اضطرابات القلق وفاعلية الأدوية والتدخلات السلوكية.

هـ- العيوب المعرفية:

نشير هنا أن أصحاب (اعف) لا يخسرون أيا من إمكانياتهم الإدراكية،

وبالتالي فهم جاهزون وقادرون على استيعاب مطالب الوضع الجديد، بمعنى أنهم يستطيعون أن يتعلموا المهمات المطلوبة منهم كما يدربهم عليها أفراد فريق التأهيل وذلك من أجل تحقيق حياة فعالة وصحية مع الإصابة. وقد وجه الباحثون اهتمامهم لدراسة الوظائف الإدراكية لأفراد هذه الإصابة خاصة عند ارتباطها بحالات إصابات الدماغ الصادمة Traumatic Brain Injuries (TBI).

وعادة ما تحدث (أعف) بصورة مباغتة أما بسبب حوادث السقوط من أماكن عالية أو حوادث اصطدام السيارات، والجروح والإصابات الناتجة عن قيادة السيارات التي قد ترتبط جميعها بحالة من نقص أكسجين الأنسجة (الانوكسيا Anoxia) والمضاعفات الجراحية وتوقف عمل القلب والرئتين. وهذه الإصابات قد تؤدي بالتالي إلى تأثر الوظائف الإدراكية والمعرفية وهو ما دعمته على نحو ما نتائج الدراسات التي درست هذا الجانب. وبالإضافة إلى ذلك فإن العديد من العوامل المتصلة بما بعد الإصابة قد تسهم في تعريض المصاب إلى احتمالية التراجع في أداء الوظائف النفس عصبية Neuropsychological Performance ومعاناته من حالات الاكتئاب والانشغال المسبق بنتائج الإصابة ومكان الآلام والميل إلى عدم التعاون مع المصادر الطبية في إجراء الفحوص، والتي قد تفسر بأنها نقص في الوظيفة المعرفية.

وقد لوحظ أن المصاب الذي لديه درجة منخفضة في الذكاء ومستوى تحصيل متدن يمثل مشكلة للمعالجين فيما يتعلق بالوصول إلى استنتاجات بشأن وجود حالة الإصابة الدماغية التي قد تحدث بشكل متزامن مع وقوع حادث (أعف). ويلاحظ أيضا أن ٥٠٪ من الأفراد المصابين بإصابات العمود الفقري قد يتعرضون لخبرة فقدان الوعي Loss of Consciousness أو لفقدان الذاكرة التالي للصدمة Post traumatic Amnesia. وذلك بعد تعرضهم للحادث المؤدي إلى (أعف). وهذا ما يرجح احتمالية تلازم الصدمة الدماغية مع (أعف).

وهذا التلازم المحتمل بين الصدمة الدماغية و(أعف) يحث الأخصائيين النفسيين على مواصلة تقييم القدرات والاضطرابات الإدراكية لأنه من المتوقع جدا أن تتفاقم الاضطرابات الإدراكية التي تترتب على (أعف) خاصة الإصابة المفاجئة التي لم يتعرض صاحبها من قبل لإصابات في قشرة الدماغ. وعادة ما ينصح

الأخصائيون النفسيون العاملون في وحدات (أعف) بإجراء بعض التقييمات البسيطة الأولية للقدرات الإدراكية وبإجـراء الفحوصات النفس عصبية الأكثر عـمقا خاصة لهؤلاء الذين يظهرون دلائل تشير إلى وجود إعاقات معرفية أساسية.

و- الألم:

يعتبر الألم Pain الذي يعقب (أعف) قضية مربكة ومثيرة للتساؤل. وتتراوح نسبة انتـشار ظاهرة الألم من ٤٨٪ - ٩٤٪ عند أفراد هذه الإعاقة. ويعـود التباين في نسبة حدوث الألم إلى أنها تعتبـر نتاج للفروق في عينات الدراسة وطرق تقييم الألم. ويجب أن يكون واضحـا أن البعض قد يظهر هذه المشكلة بينمـا لا يظهرها البعض الآخر. وبالرغم من أن ألم ما بعد (أعف) تشكل أحد الاهتمامات الرئيسية المتـزايدة لدى العـاملين في هذا المجـال- بسبـب تطور النظريات الطبيـة الحيـوية Biomedical Theories التي تبـحث في أصول هذا الإحـساس- إلا أن أصـحاب (أعف) والواجب عليهم التـعامل مع مضـاعفات إعاقـتهم المتوقعـة من يوم لآخر يخبرون الألم باعتباره نتائج إضافية للإعاقة.

وتشير أحـدث الدراسات التي أجريت في هذا المجـال إلى أن الألم كان أحد المضاعفـات الرئيسية لدى عـينة من المعوقين بـ (أعف) وذلك بعد مـضي ما يقارب السنتين والنصف على حدوث الإصابة. ويقترح أخصـائيو التأهيل ضرورة الاستعانة بالمداخل الطبية الحيوية من أجل فهم أفضل لهذه المشكلة، ولتقديم العلاج المناسب. أما الذين يعانون من الألم اليومي المستمر فيجب إخـضاعهم للتغييرات النفسية مع الاستعانة ببـرامج التحكم في هذه المشكلة، ولقد سعى المعالجـون لوضع تصنيفات لأبنية الألم لدى المصـابين بـ (أعف). وتراوحت هذه التقييـمات من الألم الجذري Root Pain إلى الألم المركزي Central Pain والألم الآلي المبالغ به Mechanical and overused pain والألم النفـسي الوراثي Psychogenic pain والألم الحـشوي العميق Visceral pain والألم المنسوب إلى موضع آخر Referred pain.

ومن المهم أن يميـز الأخـصـائي أن الألم النـفسـي الوراثي من النادر جـدا وجوده، بينما يمكن أن يظـهر الألم المنسوب إلى موضع أو جزء آخـر. (مثل حالة وجع الزائدة الدودية، فـالألم يكون متمـركزا في الظهـر في حين أن أصل الوجع يعود إلى مكان آخر) ويعكس هذا النوع من الألم أوضاعا خطيرة (مثل إصابة القناة السمعية الصاعدة Ascending symix.

ومع صعوبة التعرف الدقيق على الأسباب المسئولة عن الألم فإن العوامل النفسية والاجتماعية تلعب دورا رئيسيا في تفسير هذه الحالات. وعلى الأخصائيين النفسيين ضرورة اتباع الاستراتيجيات المعرفية السلوكية والإجرائية لتقييم ألم (أعف) ومراعاة استخدام أساليب العلاج ومناهجه المختلفة. وقد طور العديد من العلماء والباحثين مناهج تقييم متعددة المحاور تتضمن مقاييس التقارير الذاتية للألم (كاستبيان الألم المنسوب لجامعة ماكجيل McGill Pain Questionnaire 1975 ومقاييس المواجهة والمقابلة الكلينيكية المقننة ومقاييس الشخصية.

ويفترض أن يتم إجراء تقييم شامل لانتقاء البرامج العلاجية المناسبة لكل حالة بحيث يتلقى الذين يعانون من الاكتئاب برنامجا يختلف عن هؤلاء المدمنين على تناول الكحول والمخدرات، أو الذين يعانون من ضغوط أسرية. وتهدف برامج العلاج السلوكي التي تتضمن فنيات التعلم الإجرائي Operational Learning إلى تعديل احتمالات التعزيز البيئي. كما أن العلاج المعرفي السلوكي والدوائي لعلاج حالات الاكتئاب والقلق يبدو أمراً مبشرا بنتائج مفيدة، كما أن برامج العلاج الأسري والتدريب على الاسترخاء والتغذية البيولوجية الراجعة Biofeedback والتنويم الصناعي أو الإيحائي تعتبر جميعا أساليب مساعدة لهذه الحالات بالإضافة إلى أن جهود الإرشاد النفسي المتعلقة بالتوافق والخطط المستقبلية تعتبر في غاية الأهمية لمساعدة هؤلاء الأفراد الذين يعانون من الألم المزمن بسبب (أعف).

القسم الرابع

أسس التشخيص وتحديد احتمالات العلاج وتطوراته الحديثة

أ- أسس التشخيص:

يتضمن تشخيص (أعف) مستوى ونوع الإصابة ويستند هذا التشخيص إلى الأسس الآتية:

أ/ ١- تاريخ المريض Patient History: قد يكشف تاريخ المريض عن وجود صدمة Trauma أو جرح أو إصابة بوجود عدوى infection مرتبط بخراج في العمود الفقري أو اضطراب في إفراز الغدد الصماء (الهرمونات).

أ/ ٢- الفحص الجسمي Physical Examination: والذي يجب أن يتضمن الفحص العصبي. ويحدد هذا الفحص مستوى الإصابة ويكشف عن التلف الواقع في العمود الفقري.

أ/ ٣- صور الأشعة X-rays للعمود الفقري: ويعتبر إجراء التصوير بالأشعة أهم إجراء تشخيصي، ويستخدم لتحديد موقع الكسر Fracture Location، ويتم هذا الإجراء مباشرة قبل تحريك الجسم أو الرقبة.

أ/ ٤- تهتك أو ثقب أسفل الظهر Lumber Puncture: قد يظهر الخرق أو الثقب أسفل الظهر ضغطا سائلا من العمود الفقري - الدماغي.

أ/ ٥- الصورة الطبقية (المقطعية) أو صورة الرنين المغناطيسي: CT Scan or Magnetic Resonance Imaging (MRI)

ب- فرص العلاج واحتمالاته:

عندما يصاب فرد بحالة (أعف) ولا يلوح له أو أمامه فرصة علاج شاف تظهر في الأفق مسألتان متعلقتان بهذه القضية، هما:

- هل من السهل الإجابة عن السؤال التالي: لماذا لا يعاد إنتاج الخلايا العصبية الخاصة بالعمود الفقري بعد تعرضها للتلف بسبب الإصابة أو المرض؟

- ما الذي تم عمله للعثور على علاج لحالة (أعف)؟

لو حاولنا إلقاء نظرة على ما الذي حاول العلماء والمعالجون فعله بشأن علاج حالات (اعف) خلال العقود الماضية لوجدنا أن حالات (أعف) قبل الحرب العالمية الثانية كانت تحسب كحالات مقضي عليها بالوفاة، وإذا لم تحدث الوفاة مباشرة بسبب الإصابة فإنها لا محالة واقعة بسبب المضاعفات المعقدة الناجمة عنها كالفشل الكلوي والتهاب الكلى ومشكلات التنفس أو التقرحات الجلدية الملتهبة.

وقد أدى التقدم والفهم الأوسع لحالات (أعف) لتحكم أكبر وإرادة أفضل من قبل المريض لحالته مما مكّن بعض المصابين من البقاء على قيد الحياة والنجاة والعيش مع إصاباتهم عند وقوع الإصابة. بالإضافة إلى ذلك فقد جعل اكتشاف

أدوية البنسلين والسلفا العديد من مضاعفات الإصابة الشائعة -التي كانت تهدد حياة الكثيرين- أوضاعا يمكن التحكم بها وقابلة للشفاء.

ولكون العمود الفقري يحمل الكثير من المعلومات الرئيسية الحيوية للدماغ والعضلات والعديد من الأعضاء البشرية، فإن اعتبار حالة (أعف) من الأوضاع الصحية غير المميتة يعد في حد ذاته معجزة. وعلى أية حال فإن هذه المعجزة تفتح الباب وتقود إلى حاجة ملحة أخرى، غير البقاء على قيد الحياة، ألا وهي العثور على طرق للتقليل من الآثار الجسمية والنفسية والاجتماعية الهائلة الناجمة عن (أعف).

ج/ تطور المناهج العلاجية الجديدة:

تعد فترة الثمانينيات والتسعينيات من القرن الماضي وقتا حاسما ومثيرا للأشخاص الذين عملوا في مجال معالجة وإعادة توليد عمل العمود الفقري المصاب في حالات (أعف). وقد طرأ تطور وتقدم واعد ومبشر في فنيات العلاج والمعلومات العامة بشأن وظيفة الجهاز العصبي المركزي.

لقد تطورت وتقدمت الأبحاث التي تستخدم نماذج الحيوانات لفحص العلاجات الجديدة المحتملة بسرعة فائقة. وتتخذ هذه الأبحاث أشكالا مختلفة يمكن تفسيرها واستخدامها لحل أنواع محددة من التلف الناجم عن (أعف).

وتوجد ثلاثة أنواع رئيسية من التلف الذي يحدث للخلايا والأنسجة العصبية والتي يستلزم كل منها منهجا علاجيا مختلفا.

ج/ ١ - موت الخلايا العصبية داخل العمود الفقري Death of Nerve Cells

ولأن الخلايا العصبية تفقد القدرة على القيام بالانقسام الخلوي Cell Division أثناء نضجها ضمن الأشكال المتخصصة بصورة عالية التي يتألف منها وتشكل الجهاز العصبي، فإن موت الخلايا العصبية الناجم عن الإصابة يمثل مشكلة صعبة جدا. ولا يمكن إجراء أي اتصال وظيفي Functional Connections إذا لم تكن الأعصاب موجودة، وبالتالي فإن استبدال Replacement الخلايا العصبية قد يكون هو الحل.

ج/ ٢- تهتك وتلف المسارات العصبية Disruption of Nerve Pathways

قد يتبين بعد وقوع (أعف) أن المحاور العصبية الطويلة التي تحمل الإرشادات -المعلومات- إلى أعلى أو إلـى أسفل حول العـمود الفقري قـد تقطعت أو تلفت وذلك في نقطة معينة إلا أن أصول وجذور الخلايا المجاورة العـصبية غالبا ما تنجو وذلك في نفس النقطة التي حدثت فيها الإصابة تماما. وفي هذه الحالة يكون إعادة توليد وإنتاج المحاور العصبية المتهتكة التالفـة احتمالية واقعية لإعادة الاتصال ما بين الدوائر العصبية.

ج/ ٣- قطع وتمزق النخاع الشوكي: Demyelination

وهي فقـدان المادة النخاعية العـازلة الموجودة حول المحـاور العصبيـة. وقد توصلت الدراسات إلى أن الخـلايا والمحاور العصبـية قد لا تفقد أو تتـمزق، لكن فقدان الوظيفة قد يعـود لفقدان الغمد النخاعي Myelin Sheaths. وكما سبق أن أشرنا فـإن الغمـدان النخاعيـة توفر العـزل أي تعمل كمـادة عازلة بحـيث تسمح الإشارات الكهربية -الكيميائية بأن تحمل بكفـاءة إلى أسفل المحاور العصبية الرفيعة الطويلة. ويعد هذا النوع من التلف من أكثر الأنواع قـابلية للعلاج، لأنه لا توجد حاجة لإعادة توصيل الدوائر المعقدة. كما أن إعـادة عزل المحاور العصبية يعد أمرا قابلا للإنجاز.

ومع أن بعض الإصـابات قـد تتـضـمن بعض أو كـل أنواع التلف السـابق عرضها إلا أن العلاجات التي تم تطويرها لمواجـهة هذه الحالات الثلاث السابقة قد تعيـد لأصحـابها الكثـير من الوظائـف الهامة. وقـد يأخذ عـلاج (أعف) شكل استـخدام استـراتيجيـات متـعددة، كل منها بدوره يعـيد الوظائف التي سـتدخل تحسينات مهمة في نوعية الحياة لدى الأفراد المصابين بحالة (أعف).

ويترتب على ذلك أن الأبحـاث والدراسات المتعلقة بفحـص كفاءة. مناهج العـلاج يجب أن تركز على الفنيـات التي تحمل الأمل بـإصلاح أنواع خاصـة من تلف العمود الفقـري. وبتوسيع الجهود وتكثيفهـا يمكن إحراز المزيد من التقدم في مـجال العلوم العـصبيـة وعلم الأحـياء الجـزيئي Molecular Biology والهندسة الوراثية، مما يـنتهي إلى إبداع أنواع جديـدة من العلاج تبدو أكـثر فـائدة وجدوى

وقيمة مما كان متوقعا في السابق. وسنشير في الفقرات التالية إلى بعض هذه الآفاق الجديدة في علاج (أعف).

د/ الاتجاهات الحديثة في العلاج

د/ ١ استبدال الخلايا العصبية: Replacement of Nerve Cells

لا تستطيع الخلايا العصبية الناضجة الانقسام لكي تشفى جرحا كما هو الحال في الخلايا الجسمية. ويستلزم لكي نجدد الخلايا العصبية أن نلجأ إلى أسلوب زرع Transplantation خلايا عصبية جديدة في موقع الإصابة بأمل أنها تندمج وتتحد مع المجموعة العصبية للجهاز العصبي المركزي. ويتضمن أحد المناهج في العمل القيام بزرع خلايا جهاز عصبي مركزي سليمة من نفس الكائنات البشرية.

ولقد أبدى الباحثون والمعالجون عدم تفاؤلهم على الرغم من الحقيقة المتضمنة في فشل عملية زرع أنسجة عصبية مأخوذة من الكبار وكونها لا تؤدي لنتيجة، وذلك مقابل حقيقة النجاح التام لعملية زرع النسيج العصبي المنزوع من الأجنة. فالأنسجة الجنينية تتطور وتنمو، ويأمل العلماء أنهم سينجحون في تشكيل دوائر عصبية ستعيد الوظائف الأساسية الهامة للمناطق التي تقع أسفل الإصابة.

وحتى الآن لم تدعم الأبحاث الأمل بأن المحاور الكلية ستستخدم هذه التطعيمات النسيجية (Grafts) -الأنسجة المزروعة- كجسور عبر موقع الإصابة. كما يوجد اعتبار هام جدا يتعلق بكون الأنسجة العصبية الناجمة في الزراعة هي أنسجة أجنة -حسب ما يمكن أن يبرهن عليه في دراسات الحيوانات- فإن نقل هذا المنهج للكائنات البشرية سيتضمن اعتبارات أخلاقية هامة بشأن أنسجة المتبرعين والتساؤلات الأخرى بشأن رفض جهاز المناعة للخلايا المزروعة من فرد إلى آخر.

والمنهج الآخر الذي قد يتجنب بعضا من المشكلات السابقة هو استخدام الهندسة الوراثية لصناعة خيوط خلايا Cell Lines تعمل كخلايا عصبية بعد عملية التطعيم والزرع الجراحي. وتتضمن هذه الطريقة غرس أجزاء من الحامض النووي (دنا D.A.N) في خلايا عصبية جنينية Fetal Nerve Cells بصورة تسمح للخلايا بأن تنقسم بصورة لا نهائية Indefinitely وتولّد بذلك موردا مستمرا لنسيج المتبرع. علما بأن استخدام خيوط الخلايا العصبية النقية يقلل من فرص الرفض المناعي للمواد المزروعة.

وحديثا جدا توصل العلماء إلى أن بعض خـلايا الجهاز العصبي للكبار يمكن تحفيزها على الانقـسام بحيث يمكن تطوير خلايا عصبية جـديدة. وقد فتحت هذه النتائج احتمالات جديدة لتطوير خطوط أو خيوط من الخلايا العصبية بدون الحاجة إلى استخدام أنسجة المتبرعين من الأجنة.

د/٢ إعادة إنتاج المحاور التالفة: Regeneration of Damaged Axons

ترتبط الخلايا العصبية الموجودة في كل من الأجهزة العصبية المركزية Central والمحيطية Peripheral بخلايا عصبية مساعدة تدعى خلايا الغراء العصبي أو الخلايا الدبقية Neuraglial Cells (وهي خلايا الجهاز العصبي المركزي التي تدعم الأنسجة الأخرى وتضمهـا). وبعد الإصابة تحول خلايا الجهاز العـصبي المركزي دون إعادة إنتاج الأعـصاب بصـورة واضحة وكـبيـرة. في حين أن الخلايا العـصبيـة المرتبطة بالجهاز العصبي المحيطي وتدعى خلايا شوان Schwann Cells تستثير عملية إعادة الإنتاج.

ويحاول العلماء أن يعزلوا تلك الخلايا (خلايا شوان) من الأعصاب المحيطية وأن يقوموا بـزرعها في العمـود الفقري لحث وإجبار الخـلايا العصبيـة على إعادة الإنتاج بواسطـة توفير بيـئة متـغيرة داعـمة. هنا وفي هذه الحـالة يستطيع مـصابو (أعف) أن يكونوا هم أنفـسـهم المتبـرعين لأنفـسهم طالمـا أن خلايا شـوان يمكن الحصـول عليها من الخلايا المحـيطية في الكبار ويطلق عـلى الخلايا العصبـية التي تدعى خلايا شوان وبعض الخلايا العصبيـة الأخرى التي تتولى إنتاج مادة البروتين «عناصر النمـو»، ومن خلال وضع تلك العناصـر في مواقع الإصـابة لوحدها أو مدموجة مع التطعيم النسيجي فإن العلماء يأملون فـي استثارة إضافية لعملية إعادة إنتاج خلايا عصبـية وتحسين المستوى الصحي للخلايا العصـبية. وقد يتبين أن هذا المنهج قادر وكفء في استثارة وتحفيز إعادة إنتاج خلايا الجهاز العصبي المركزي.

د/٣ إعادة العزل النخاعي للمحاور العصبية: Remyelination of Axons

تعد خلايا شوان أيضا هي الخلايا العصـبية التي تكون موجودة في الأعصاب المحيطيـة التي تشكل الغمد النخـاعي، لكنها لا تكون موجودة عـادة في الدماغ أو العمود الفـقري (حيث تقوم خلايا غـراء عصبي أو خلايا دبقيـة أخرى بإنتاج المادة

العازلة في النخاع الشوكي. وقد تمكن العلماء من إظهار أن خلايا شوان المطعمة والمزروعة في الدماغ يمكنها أن تزود المحاور العصبية المركزية بالعزل النخاعي المطلوب. وعندما يكون فقدان العزل النخاعي هو الجانب الأساسي في الإصابة فإن زراعة خلايا شوان يمكن أن يحفز خلايا العزل النخاعي ثانية وأن تستعيد وظائفها.

د/ ٤ معالجة إصابات العمود الفقري المزمنة:

Treatments for Chronic Spinal Cord Injury

يستخدم أسلوب الاستثارة الكهربائية الوظيفية FES كموجات كهربائية خارجية لتحفيز الأعصاب المشلولة بحيث يمكن للذراع أو القدم أن تستخدم كوظيفة محسنة وخلال العقود الثلاثة الماضية ثم تطوير ثلاثة تطبيقات لهذا الأسلوب العلاجي:

- الاستثارة الكهربائية الوظيفية من أجل التمارين.
- الاستثارة الكهربائية الوظيفية من أجل تحسين وظيفة الأطراف العليا (الذراعين) والأطراف السفلى (الساقين).
- نقل وتغيير موضع غشاء الأمعاء الشحمي Momentum Transposition

القسم الخامس
مراحل الرعاية الطبية
لإصابات العمود الفقري

أ- الإسعافات الأولية: First Aids

عند وقوع الإصابة في العمود الفقري، عادة ما يكون المنقذون أو فريق الإسعاف الطبي Paramedics or Emergency Services Providers أول الأشخاص الذين يكشفون عن الإصابة. ويقدمون بالتالي المساعدة الأولية المنقذة للحياة ويحرصون بالتالي على عدم تحريك العمود الفقري ويتم نقل المصاب الذي تشخص حالته بأنها (أعف) إلى مراكز الإصابات Trauma Centers على ألواح خشبية Backboards. وغالبا ما ينقل المصاب بطائرة هيلوكبتر وبسيارة إسعاف أيضا. وتعد الرعاية والإسعاف الأولي هي أولى الخطوات الطبية العديدة التي يتلقاها المصاب وهو في طريقه إلى العلاج والتأهيل.

ب- الاستقرار والتقييم: Stabilization and Evaluation

يسعى الفريق الطبي في مراكز الإصابات للمحافظة على استمرارية وظائف الأجهزة الجسمية الرئيسية (الدماغ والقلب والرئتين والكليتين) فهم يتأكدون من أن المصاب يتنفس وأن القلب ينبض، وأنهم قد نجحوا في إيقاف أي نزيف داخلي أو خارجي، ثم يقومون بعد ذلك بفحص المريض بدقة وعناية بالغتين للكشف عن الإصابات الجسمية. فالعديد من مصابي العمود الفقري يصابون بإصابات أخرى تعتبر «إصابات مرتبطة» Associated Injuries. وهذه الإصابات قد تتضمن كسر الحوض أو الأضلاع والنزيف داخل الصدر، وإصابات الرأس أو حدوث نزيف في البطن.

وتتضمن الفحوصات الكشف عن مدى وشدة (أعف) وذلك عن طريق فحوصات دقيقة جدا كالإحساس بوخزة الدبوس في الجسم والشعور باللمس برفق على أطراف الجسم بأكمله. كما يطلب من المريض أيضا تحريك عضلات ذراعيه وقدميه للتحقق من مدى انتشار آثار الإصابة مبدئيا.

بعد ذلك، وبعد تقديم أية معالجة سريعة لمساعدة حالة الجسم على الاستقرار يتم تصوير المريض بالأشعة السينية لتحديد نوع جميع الإصابات وموقعها بدقة، كما تؤخذ له صور طبقية أو مقطعية (CT Scan) للحصول على صور تفصيلية بأبعاد ثلاثية للفقاريات ولأعضاء البطن Abdominal Organs وللرأس. كما ينبغي أن يخضع المريض لإجراء تشخيصي للأوعية الدموية عن طريق تصوير الأوعية الدموية Angiography من خلال التصوير الشعاعي بعد إعطاء المريض إبرة في الأوردة تحتوي على مواد ملونة. لا يتم هذا الإجراء بهدف الكشف عن أي نزيف أو إصابات داخلية تتعلق بالأوعية الدموية.

ج- الرعاية الجراحية الطبية الحادة: Acute Medical Surgical Care

يتم تحويل جميع المصابين بإصابات شديدة أو حادة في العمود الفقري إلى وحدات الرعاية المكثفة (Intensive Care Units (ICU's. وتضم هذه الوحدات العديد من الممرضات والممرضين المخصصين لكل مريض بمفرده، بالإضافة إلى أجهزة المراقبة Monitoring Equipments الخاصة لضمان القياس المستمر المتواصل



للوظائف الجسمية الرئيسية كالتنفس ونبض القلب (Spinal Cord Injury Resources Directory 2005).

ويزود جميع مصابي (أعف) بأنابيب موصولة داخل الأوردة Intravenous Catheter لإدخال السوائل والأدوية داخل الجسم. وعلى سبيل المثال، فإنه في خلال الأربع وعشرين ساعة التالية لحدوث (أعف) يجب أن يعطى المصاب بواسطة الأنابيب الموصولة داخل الوريد جرعات عالية من مادة الستروويد Intravenous Steroids (نوع من المركبات العضوية وإفرازات جسمية أخرى). وتساعد هذه المادة الدوائية الجسم من أجل شفاء تلف العمود الفقري، وتحسين فرص الشفاء بصفة عامة. وغالبا ما يتم تركيب أنابيب مطاطية موصولة بأكياس بلاستيكية لتصريف البول من المثانة. كما يمكن أن تركب للمرضى أنابيب خاصة من الأنف أو الفم داخل المعدة لتسهيل عملية التغذية Nourishment.

وتكون المهمة الرئيسية للفريق الطبي الذي يتعامل مع الحالات الشديدة في هذه المرحلة التأكد من بقاء المريض حيا. وتكون المهمة الثانية هي تقرير ما إذا كانت الجراحة للعمود الفقري أمرا ضروريا ولازما. ويتوفر لدى المريض في مراكز الرعاية المكثفة (ICU's) إمكانية الوصول والاستعانة بجراحين مختصين (Specialist Surgeons) مثل الذين يجرون عمليات العمود الفقري.

د- جراحة العمود الفقري: Spine Surgery

قد يقرر جراحو الأعصاب (Neurosurgeons) وجراحو التقويم (Orthopedics') مستعينين بنتائج صور الأشعة والصور الأخرى قرارا بإجراء جراحة للعمود الفقري للمصاب. وغالبا ما يكون لديهم هدفان محتملان من إجراء الجراحة رأسا بعد الإصابة.

أحدهما: هو إزالة التالف وكتل الدم المتجلطة أو أية أنسجة جسمية قد تضغط على العمود الفقري. ولا تكفي هذه الإزالة لهذه الأجزاء الضاغطة على العمود الفقري لتحقيق الشفاء من (أعف).

والهدف الثاني: وهو في تثبيت العمود الفقري. فالكسر الرئيسي أو الخلع Dislocation في فقرات العمود الفقري مع تمزق الألياف المحيطة قد تجعل

العمود الفقري غير ثابت، وهنا لا يستطيعْ العمود الفقري أن يقوم بوظيفته في سند الجسم في وضع مستقيم.

وفي بعض الأحيان تشفى معظم إصابات (أعف) بعد تمضية فترة طويلة من الراحة والبقاء في السرير، ومع منع تحريك العظام المصابة. وعلى أية حال فإن إجراء الجراحة لإعادة تثبيت واستقامة العمود الفقري قد تجعل المريض قادرا على النهوض من السرير والتحرك بصورة أبكر مما يؤدي إلى عودة أسرع إلى المنزل.

هـ- الرعاية الطبية بعد الجراحة: Post Surgical Care

يحتاج معظم ضحايا (أعف) -حتى بعد إجراء الجراحة- إلى استخدام الرباطات التقويمية Braces والباقات البلاستيكية للرقبة (Neck Collars) الأجهزة الأخرى التي تمنع تحريك العمود الفقري عندما يجلس المريض مستقيما Sits Upright فبعض أنواع كسور العمود الفقري قد تشفى فقط من خلال استخدام أجهزة تقييد الحركة. وقد يتم تركيب سوار وطوق صدرة تشبيت Halo Vest Fixation حول الجمجمة، وهو عبارة عن حلقة معدنية تشبك بمحاذاة الجمجمة بواسطة دبابيس توضع داخل الجنمجمة. ومن ثم يتم ربط أعمدة معدنية رأسية وطولية بالحلقة (الطوق المعدني) بصدرة Vest، ويتم ارتداؤها بصورة محكمة حول الصدر. وتستخدم في حالة المرضى الذين لديهم كسور في الرقبة سواء بعد الجراحة أو بدلاً من الجراحة. وتمنع هذه الدعامة الخاصة جميع حركات الرقبة وتحافظ على تثبيت العمود العنقي Cervical Spine أثناء جلوس المريض.

و- استكمال ضبط الإجراءات الطبية: Continuing Medical Management

و/١ التنفس: Breathing

يواجه العديد من مصابي (أعف) خلال المراحل الأولى بعد وقوع حادث الإصابة صعوبات بالغة في التنفس. وقد تنجم هذه الصعوبات عن شلل عضلات التنفس أو إصابات الصدر أو نتيجة للتخدير الطويل الأمد Prolonged Anesthesia خلال الجراحة. ويكون المصابون في المراحل الأولى معرضين بصورة كبيرة لخطر الإصابة بحالة النيومونيا Preumonia أو التهاب الرئة، مما يمثل انهيارا جزئيا

لوظائف الرئتين نتيجة الرقاد الطويل. وغالبا ما تقدم العلاجات التنفسية Respiratory Treatments لتشجيع التنفس العميق وتبذل جهود خاصة لتشجيع السعال Coughing للتخلص من أية سوائل داخل الرئتين. وإذا كانت عضلات المعدة مشلولة فإن المريض يحتاج بالضرورة إلى مساعدة خاصة ليستطيع أن يسعل.

وقد يحتاج المرضى غير القادرين على التنفس بعمق كاف إلى تركيب أنبوب داخل القصبة الهوائية Endotracheal Tubc يوضع من الفم أو الأنف ويمتد من خلف الحلق إلى داخل القصبات الهوائية، وقد يوصل هذا الأنبوب بمروحة تهوية (Ventilator). وغالبا ما تجرى للمرضى الذين يحتاجون لمساعدة طويلة الأمد عملية فتح للقصبات الهوائية Tracheotomy Operation للمساعدة على التنفس. وتضع هذه العملية أنبوب التنفس مباشرة في القصبات الهوائية. وفائدة هذا الأنبوب أنه مريح بصورة أكبر من وضع أنبوب القصبات الهوائية من الفم أو الأنف أو الحلق. ويستطيع المريض أن يستخدم العديد من التكنيكات للتحدث والاتصال بواسطة الفم واللسان بعد أن يتم إحلال أسلوب فتح القصبات الهوائية بدلا من أسلوب أنبوب الفم أو الحلق.

و/٢ ضبط المثانة: Bladder Management

غالبا ما يتم وضع أنبوب مطاطي أو بلاستيكي موصول بكيس بلاستيكي لتفريغ البول يدعى أنبوب أو قسطرة فولى Foly Catheter داخل المثانة من خلال مجرى البول مباشرة بعد وقوع (أعف). ويبقى هذا الأنبوب أو القسطرة إلى أن يزال بعد استقرار حالة المريض، وبعد أن تسمح حالته الطبية العامة بذلك. ويوضع الأنبوب أحيانا مباشرة داخل المثانة من خلال منطقة أسفل البطن. ويدعى هذا الأنبوب «أنبوب فوق العظم العاني» Supropubic Tube. ويسمح كلا النوعين من الأنابيب بتصريف البول عبر كيس تجميع Collection Bag.

وبعد أن تستقر حالة المريض، قد يبدأ في الاستفادة من إجراء القسطرة المتقطعة intermittent Cathaterization حيث يتم إزالة البول من المثانة بواسطة أنبوب مباشر كل فترة بين ٣-٦ ساعات. وقد تستمر إجراءات تصريف البول خلال مرحلة التأهيل أو بعد مغادرة المستشفى Hospital Discharge. وقد يتعلم المريض طرقا أخرى عديدة لتصريف البول من المثانة المشلولة. وطرقا عديدة للعودة

إلى التبول الطبيعي Normal Urination ويكون مصابو (أعف) الجدد معرضين لخطر تطوير التهابات ومشكلات أخرى متعلقة بالمثانة والكلى.

و/٣ ضبط الهضم والأمعاء: Gastro- Intestinal Management

لا يستطيع المرضى عادة أن يبدأوا في بلع وتناول الطعام إلى أن يتم التأكد من عدم وجود أية مشكلات في الحلق أو في عملية التنفس، كما أنهم يجب أن ينتظروا إلى أن تعود انقباضات الأمعاء التلقائية إلى سابق عهدها. وهذا يستدل عليه من خلال سماع صوت الأمعاء Bowel Sounds. التي يمكن رصدها بوضع سماعة الطبيب على بطن المريض. ويحتاج معظم مصابي (أعف) إلى فنيات استثارة وتحفيز خاصة لتخليص الأمعاء الغليظة من الفضلات. ويجب أن تبدأ الإجراءات الخاصة لتخليص الأمعاء من الفضلات أو ما يطلق عليه برنامج الأمعاء Bowel Program خلال الأسبوع الأول بعد وقوع الإصابة، كما يجب أن تبذل جهود بالغة ومكثفة للحيلولة دون إصابة المريض بالإمساك Constipation أو حركات الأمعاء المتقطعة (اللاإرادية) وذلك خلال فترة النقاهة اللاحقة والشفاء.

و/٤ رعاية الجلد Skin Care

يكون المصابون الذين يعانون من فقدان الإحساس بجسمهم في المنطقة السفلى، معرضين لخطر تساقط الجلد Skin Breakdowns. وهذا يطلق عليه أيضا تقرحات الفراش Bed sores أو تقرحات الضغط Pressure Sores. وتحدث تقرحات الفراش الجلدية بسبب الضغط الطويل على الجلد الذي يغطي العظم، ويضغط وينعصر Squeezed بالتالي ما بين العظم والسرير، كما أن الاحتكاك Friction الذي يسببه الاستلقاء الطويل على ملاءات السرير يمكن أن تثير حساسية الجسم، كما يمكنه أن يرطب الجلد بشكل دائم بسبب عمليات التبول والإخراج.

والمريض الذي لا يستطيع أن يتحرك بسهولة أو يتقلب بيسر أثناء نومه في السرير يكون معرضا لخطر تقرحات الفراش التي قد تصيب العمود الفقري السفلي وعظم العجز Sacral bone والمؤخرة أو الردفين Buttocks والقدمين Feet. وجوانب الورك والحوض. وللحيلولة دون حدوث التقرحات، يجب أن يقوم الممرضون بصورة مستمرة بتقليب وتغيير موضع المريض وعلى الأقل كل ساعتين.



و/٥ ضبط الألم Pain Management

غالبا ما يكون مصابو (أعف) يعانون من إصابات شديدة وحادة، ولكنهم لا يعانون أو لا يشعرون بصورة طبيعية بألم شديد بعد استقرار حالتهم. وقد ينجم الألم الشديد من إصابات جسمية أخرى، أو من الإجراءات الجراحية، ومن تهتك الأعصاب أو من الخوف والشعور بالعزلة والوحدة. ويعطى المرضى في أغلب الأحيان أدوية مهدئة للآلام الشديدة، لكن مع مراعاة أن يتم إنقاص الأدوية تدريجيا خاصة تلك التي تتدخل مع مرور الوقت في عمليات التفكير الواضح والتحكم والعواطف، ويحتاج المصابون لأن يكونوا قادرين على التفكير بصورة صافية؛ لأنهم يجب أن يعرفوا الكثير من المعلومات عن إصابتهم ونتائجها. كما يجب أن يفهموا الإجراءات الطبية ونظام الرعاية الصحية وخياراتهم في الرعاية والشفاء، بحيث يكون في إمكانهم لعب دور فاعل في القرارات المتعلقة برعايتهم الحالية والمستقبلية.

و/٦ ضبط المفاصل: Joint Management

يجب أن يبدأ المرضى مباشرة بعد الإصابة بالتمارين اليومية التي تحرك المفاصل ضمن معدل حركتها العادية السابقة. وقد تساعد هذه التمارين في منع تصلب العضلات والمفاصل التي قد تقيد الحركات لاحقا وتتدخل بالتالي في كفاءة عملية التأهيل.

و/٧ الدورة الدموية Circulation

يتعرض المصابون حديثا بشلل العمود الفقري للجلطات الدموية Blood Clots في الساقين وينجم هذا الخطر عن الدورة الدموية المتناقصة في الأوعية الدموية، لأن الأوردة والشرايين في عضلات الساقين تصبح عاجزة عن القيام بدفع الدم وإرجاعه ثانية إلى القلب. وعادة ما يبدأ المرضى الذين لا ينزفون أو لا يحتاجون لأن يخضعوا للجراحة في تناول أدوية تساعد على سيولة الدم مباشرة بعد حادث الإصابة، والتي قد تحول دون حدوث الجلطات الدموية، وكإجراء آخر قد تلف الساقان بأكياس هواء بلاستيكية بحيث تنفخ وتكبس عضلات الساقين من أجل المساعدة في دفع الدم ثانية من القدمين إلى القلب (Spinal Cord Injury) (Resources Directory 2005).

القسم السادس

عمليات التأهيل

في إصابات العمود الفقري

أ- ما هو التأهيل بالنسبة للمصابين:

التأهيل Rehabilitation أو ما يعرف اختصارا بالمقطع Rehab بأنه العملية التي تسمح للمصابين بتطوير أنفسهم بأقصى إمكانياتهم. وقد تكون هذه الإمكانيات جسمية أو نفسية أو اجتماعية أو مهنية أو تربوية. وقد تتضمن مجالات الاهتمامات والميول الشخصية والهوايات. ويجب أن يتماشى هذا التطور ويتطابق بالنسبة لأشخاص (أعف) مع إمكانيات المصاب الجسمية، وأن تكون متلائمة ومناسبة لبيئته الأصلية، وبالتالي فالمصابون بهذه الحالة وأولئك المعنيون بهم يجب أن يضعوا أهدافا واقعية.

ويجب أن يتناول برنامج التأهيل عددا من القضايا فيجب أن يعمل على المستوى الوقائي، أي كيفية الحفاظ على حياة المريض، وعلى المستوى العلاجي، أي كيفية الكشف عن المشكلات الصحية عندما تطرأ. وتساعد خطة التأهيل لدى ظهور تلك المشكلات المريض للتعرف والسعي نحو الجهات المرجعية الخاصة بالعيادات والمستشفيات ذات العلاقة، ولكيفية الاستفادة من خدمات وتسهيلات الرعاية الممتدة، (كالإقامة في بيوت رعاية ومنازل مجهزة بأدوات خاصة لإعاقات «أعف»).

ويعمل برنامج التأهيل على تثقيف المرضى وأسرهم بشأن الإصابة التي حدثت، ويعمل أيضا على استفادة المريض بأكبر قدر من الأداء الوظيفي والاستقلالية. ويتعلم المرضى من خلال الممارسة والخبرة مهارات جديدة وأساليب لكيفية الوقاية ومنع المضاعفات المحتملة كالالتهاب والتقرحات وزيادة الوزن. ويسعى التأهيل لجعل المصابين مستقلين بأقصى قدر من الاستقلالية وبالتالي يسعى لتحسين نوعية الحياة Quality of Life التي يعيشونها.

ويستند الطب التأهيلي إلى منهج شامل في الرعاية الطبية، وينظر إلى كل الشخص Whole person لدى المريض. كما يستخدم الخبرة والبراعة المتكاملة بين فريق من أعضاء التخصصات المهنية المتداخلة والمتقاطعة والبدنية Expertise of an

interdisciplinary team ويعرف هذا الفريق بأنه مجموعة من أخصائي الرعاية الصحية من خلفيات أو مهن مختلفة يشتركون في قيم وأهداف واحدة. ويتألف الفريق عادة من أشخاص عديدة مثل: طبيب التأهيل/ مدير الحالة/ أخصائيي العلاج الطبيعي والوظيفي والكلام والترويح/ ممرضة/ أخصائي تغذية/ مجموعة من الأخصائيين النفسيين/ والأخصائيين الاجتماعيين، وستتحدث عنهم بالتفصيل عند الحديث عن فريق التأهيل. كما أن الفريق يمكن أن يضم أخصائيين آخرين تبعا للحاجة التي قد تطرأ. ويوفر منهج الفريق Team Approach التشخيص ووضع الأهداف وحل المشكلات والعلاج، كما تعتبر الأسرة جزءاً هاما في منهج وعمل الفريق التأهيلي الناجح.

ب- الاستعداد للتأهيل:

يحتاج معظم حالات «أعف» الشديدة إلى الاستفادة من خدمات التأهيل لتحقيق أقصى مستوى شفاء ممكن وأفضل مستوى من الأداء المستقل. وعادة ما يتم تحويل المصابين إلى موقع التأهيل Rehabilitation Setting عندما يبدأون في التمكن من مغادرة السرير.

ويجب ألا يحتاج المريض أو المصاب عندما يترك المستشفى أو عندما يتحول من خدمات الرعاية الصحية إلى خدمات التأهيل لأي مساعدة في عملية التنفس باستثناء هؤلاء الذين أجريت لهم عملية فتح القصبات الهوائية Tracheotomy، كما أنهم يجب أن يكونوا قد أصبحوا قادرين على تناول الطعام أو لديهم وسائل ثابتة في التغذية. كما أن القلب والدورة الدموية يجب أن يكونا مستقرين بصورة كافية، بحيث تسمح حالتهم لهم بالجلوس والتجول. كما أن العمود الفقري يجب أن يكون ثابتا، سواء برباطات أو وصلات معدنية خارجية أو بدونها. كما أن حالة الجلد يجب أن تكون جيدة بحيث لا يزيد الجلوس التقرحات الموجودة سوءاً. ويكون بعض المرضى جاهزين للتأهيل خلال أيام قليلة من الإصابة، بينما قد تستغرق أسابيع بالنسبة لآخرين، وذلك قبل أن تستقر حالتهم الصحية بصورة كافية تسمح لهم ببدء التأهيل بأمان وسلامة.

ج- اختيار موقع التأهيل Choosing Rehabilitation Setting

غالبا ما تكون مستشفى التأهيل أو وحدة التأهيل داخل المستشفى الطبي هي الجهة التي يتولى رعاية المرضى المصابين حديثا بـ (أعف). وتسمى هذه المستشفيات

«مستشفيات التأهيل الحاد» Acute Rehabilitation لتمييزها عن غيرها من المستشفيات بوجود تيسيرات التمريض البارعة والماهرة جدا.

ومن الحكمة أن يتلقى المصابون الرعاية في المستشفيات والمراكز الطبية المتخصصة في إصابة (أعف) ويعود ذلك بسبب العديد من المضاعفات الجسمية المحتمل حدوثها لهم والواجب معالجتها من قبل مختصين، وفي الأوقات الحاسمة وبدون تأخير. وتحتوي هذه المستشفيات والمراكز التأهيلية على طيف عريض من الخدمات بما فيها الجراحة المبكرة والتأهيل الشامل والرعاية التتبعية Follow- up care.

وعندما يختار المريض أو أسرته مستشفى التأهيل يجب أن يضع في حسابه عدد المرضى من (أعف) الذين يخدمهم هذا المستشفى سنويا. وعادة ما تكون المستشفيات التي ترعى ثلاثين مريضا وأكثر من مرضى (أعف) ماهرة ومتمرسة في رعاية هؤلاء الأشخاص من ذوي إصابة (أعف) المأساوية الصادمة. كما أن الفريق الطبي العامل يجب أن يعمل عن قرب مع أخصائي جراحة وأطباء مختصين وذوي خبرة عميقة في التعامل مع حالات (أعف).

وقد يكون المرضى القادمون من مناطق هادئة غير مكتظة بالسكان قلقين بشأن الحصول على خدمات التأهيل في مكان بعيد ومحرومين من دعم الأسرة والجيرة، وهو اعتبار يجب أن يضعه فريق التأهيل خاصة الأخصائي النفسي في حسبانه. وبصورة عامة فإن الفوائد التي يجنيها المريض من كونه يستفيد من خدمات مركز متخصص تفوق وتطغى على أهمية الدعم العاطفي والنفسي الذي قد يوفره الأقارب والجيران والأصدقاء في المجتمع الأصلي للمريض (Spinal Cord Injury Resources Directory 2005).

د- فريق تأهيل حالات (أعف) ووظائفه:

يحتاج مصاب (أعف) اعتمادا على مستوى الإصابة والتلف الذي حدث في الواقع لخدمات التأهيل التي يقدمها فريق من مختلف التخصصات المهنية من أخصائي الرعاية الصحية من ذوي الخبرة في تأهيل مثل هذه الإصابات.

ويتألف فريق التأهيل من الأشخاص والوظائف التالية:



د/ ١ - **الأطباء الطبيعيون** Physiatrists: الرعاية الجسمية: وهم عبارة عن أطباء متخصصين في الطب والتأهيل الطبيعي physical Medicine and Rehabilitation. وقد يضم الفريق الطبي أيضا أخصائيو الأعصاب والطب الباطني وطب كبار السن وأطباء صحة الأسرة. ويتولى الطبيب الرئيسي Primary Physician تقييم المريض أو المسترشد client بشأن الرعاية الطبية اللازمة، ويقوم بوصف العلاج ويحدد الاستشارات المتخصصة كما يراقب حاجات المريض. ويكون هدفه تحسين كفاءة قدرات المريض وتجنب أية مضاعفات مستقبلية. ويتحدث الطبيب الرئيسي الذي قام بتحويل المريض إلى خدمات التأهيل، وإلى فريق العلاج التأهيلي وإلى المريض وأسرته. كما أنه ينسق من أجل زيارات التأهيل التتبعية ويتصل بطبيب المريض الخاص الذي كان يعرفه سابقا. كما يقوم بوصف العلاجات الخاصة بالمريض لدى إقامته وانتقاله لبيته وأية أجهزة طبية ضرورية.

د/ ٢- **ممرضات التأهيل** (Rehabilitation Nurses (R. N. - **الرعاية التمريضية**: وممرضات التأهيل هن الممرضات اللائى يكن قد تخصصن في الرعاية التمريضية للأشخاص ذوي الإعاقات والإصابات الجسمية. وتتولى الممرضات التأهيليات تعليم المرضى وأفراد أسرهم كل ما يتعلق بشأن الآثار الناجمة عن (أعف). كما تعتني هذه الممرضة بالمرضى خلال فترة شفائهم. وتعمل ممرضات التأهيل عن كثب مع جميع أخصائي العلاجات الأخرى. ويوفرن الرعاية المستمرة من لحظة إلى لحظة لمرضى (أعف). كما يراقبن أية تغييرات في حالة المريض الطبية أو العصبية، ويعملن في رعاية أمور وقضايا التبول والإخراج والرعاية الجلدية. ويقمن بإعطاء الأدوية والعلاجات الطبية الأخرى، كما يراقبن المرضى وهم يأكلون خاصة أولئك الذين يعانون من صعوبات في البلع، كما يساعدن في عمليات النظافة الشخصية والهندام والترتيب الشخصي وأنشطة الحياة اليومية الروتينية، كما يوفرن أنشطة تدريبية داخل الغرفة من النوع الذي يقوي ما تعلمه المريض في العلاج الرسمي.

د/ ٣- **مدير الحالة (Case Manager (C. M.** - إدارة الحالة: يحتفظ مدير الحالة بسجلات خاصة بمصادر العميل أو المريض وأسرته وموارد التمويل كشركات التأمين الصحي. ويكون ملما ببرنامج التأهيل الخاص بالمريض وبالمدة المتوقعة لإقامة المريض، وعلى ذلك فهو الذي يخطط لمغادرة المريض أو المصاب المستشفى. وينسق مدير الحالة وينظم للمؤتمرات التي تعقد بين الأسرة وفريق التأهيل. وتتعرف الأسرة خلال تلك المؤتمرات عن مدى شدة الإصابة وخطط العلاج وقضايا التخطيط الطويلة الأمد.

ويهدف مدير الحالة لجعل المريض راضيا بما يقدمه له برنامج التأهيل، ويساعد في ضمان نوعية الرعاية التأهيلية المقدمة. كما يعمل مدير الحالة أيضا مع المريض والأسرة وشركات التأمين. وهو يهدف إلى التأكد من أن المريض يحصل على ما يحتاجه من الخدمات والأجهزة. كما يقوم بمراجعة خطط السداد المالي مع المريض وأسرته. وقد يقترح خيارات تمويل أخرى إذ لم تقم خطة التأمين بتغطية جميع النفقات اللازمة للمريض.

ويبدأ التخطيط لمغادرة المستشفى Discharge Planning بمجرد قبول تحويل المريض لخدمات برنامج التأهيل. وعادة ما يتم التشاور مع المريض والأسرة بانتظام بشأن خطط المغادرة. كما يتم إعلامهم بالخطوات التالية بعد المغادرة كالعلاج الصحي داخل المنزل Out patient or Home- Health Therapy والمصادر المجتمعية المتاحة.

د/ ٤- **المعالجون الطبيعيون (.Physical Therapists (P. T** - الطب الطبيعي: ويساعد المعالجون الطبيعيون في استعادة المريض للوظائف الجسدية بواسطة تقييم ومعالجة المشكلات المتعلقة بالحركة والتوازن والتآزر. وبصورة عامة يهدف المعالجون الطبيعيون لتحسين الحركة الكلية للمريض. وقد يتراوح هذا التحسين من مجرد ممارسة الأنشطة البسيطة كالتدحرج في السرير وتغيير الأوضاع، إلى تجريب تحريك الكراسي المتحركة الكهربائية واليدوية في مواقف مختلفة. ويتعامل المعالجون الطبيعيون مع أمور التوازن والتناسق والتحمل والقوة وحركة المفاصل والحركة الآمنة والصحية السليمة.

وغالبا مـا يقوم المعالجون الطبيـعيون مع المعالجين الوظيـفيين بإجراء زيارات منزلية ويقترحون أساليب لتعديل المنزل لتحـسين فرص الاستقلالية والسلامة. كما يعملون أيضـا مع الأطباء لتعليـم المرضى كيفيـة استخـدام الأجهزة المسـاعدة التي تساعد في الحـركة. وقبل أن يبدأ البـرنامج العلاجي يقوم المعالج الطبـيعي بإجراء تقيـيم للمريض حول مـدى الإحساس الذي يتوفـر لديه. كما ينظر إلى حـركات المريض ويحاول الإجابة على بعض الأسئلة المعدة سابقا لديه مثل:

- كم لدى المريض من سـيطرة وتحكم على العـضلات الكبـيرة كـالتي في الذراعين أو الكتف؟
- كم يبلغ عدد حركات العضلات الدقيقة؟ كالأصابع والرسغ؟
- كم تبلغ قوة المسك والقبض عند المريض؟
- ما مدى الحركة في مفاصل الذراعين أو اليدين والأصابع؟
- ما القـوة التي تتمـتع بها العـضلات ومـا مسـتوى الأداء العضلـي العام للمريض؟

وبمجرد أن يحصل المعالج الطبيعي على المعلومات الكاملة، يمكنه البدء في مـساعدة الأسـرة والمريض على وضع أهداف واقعـية لمستـقبل الحالة. ويكون قادرا عـلى الإجابة على بعض الأسئلة الهامـة من ناحية المريض وأسرته، مثل:

- هل سيكون المريض قادرا على العودة للمنزل؟
- هل سيكون قادرا على العودة إلى العمل أو المدرسة؟
- ما المهارات أو المهام الواجب على المريض تعلمهـا أو القيام بها كي يحقق هذه الأهداف؟

ويسهم المعالج الـطبيعي في تثقيف المريض وأسـرته بكل ما يُغني فهمهم ويثريه حـول الإصابة واحتمالات تأثيراتها فيما بعـد على مستقبل المريض. وهو في هذا يهـدف إلى مـساعـدة المريض للعـودة ثانيـة إلى المجتمع لكي يعيش حياة طبيعية إلى الحد المستطاع.

د/ ٥- **المعالجون الوظيفيون** Occupational Therapists (O. T.) -العلاج الوظيفي: يوفر المعالجون الوظيفيون للمريض فرصا للتدريب على التمارين اللازمة لمساعدته على أداء الأنشطة اليومية في الحياة ويركز المعالجون الوظيفيون على مساعدة المرضى وتعليمهم كيفية الاعتناء بأنفسهم وذلك بواسطة استخدام الأجهزة التكنولوجية والمصممة خصيصا لهم ولحالاتهم. ويستطيع المعالجون أن يعلموا المرضى مهارات العناية بالذات وهي مهارات على جانب كبير من الأهمية. وتتضمن هذه المهارات الاستحمام والتنظيف الشخصي وتناول الطعام والترتيب والهندمة والتجمل. كما يمكنهم تعليم المرضى كيفية القيام بالأعمال والوظائف اليومية كالطبخ والتسوق والتنظيف المنزلي والغسيل، وتسديد الفواتير، وتنظيم دفتر الشيكات البنكية، كما يمكنهم تقديم المساعدة في مجال ممارسة الهوايات والأنشطة الخاصة التي يرغب بها المريض كالقراءة والرسم.

ولدى المعالجين الوظيفيين الآن فرص الاستفادة من التيسيرات التي تقدمها التكنولوجيا المعاصرة؛ فهناك التقنيات المساعدة Assistive Technology في تأهيل المريض ومساعدته على العودة إلى عمله أو إلى دراسته أو للمشاركة في الأنشطة المجتمعية أو أنشطة ملء الفراغ أو المهام المختلفة في الحياة اليومية. وتتباين التكنولوجيا المساعدة من تقنيات بسيطة -كأدوات الكتابة والطعام وتسهيل الاستحمام وارتداء الملابس المكيفة- إلى تقنيات عالية كالهواتف وأجهزة الكمبيوتر التي تتضمن تسجيلا آليا جاهزا لصوت المريض، وغالبا ما تكون موجهة للمساعدة على تلبية حاجات المريض.

د/ ٦- **أخصائيو علاج الكلام واللغة والتفكير** Speech Language Cognitive Pathologists -علاج الكلام والعلاج المعرفي: يساعد هؤلاء الأخصائيون في تحسين مهارات اللغة والاتصال عند المريض. ويقوم هؤلاء المختصون بتقييم درجة الإتقان في مهارات الاتصال والكلام والقراءة عند المريض. كما يهتمون بمستويات مهارات التفكير والذاكرة وحل المشكلات. ويحدد التقييم الذي يقومون به نقاط القوة

والضعف ويقومون بوضع برنامج خطة علاجية تركز على قوى المريض وتقلل من آثار نقاط الضعف لديه.

ويحتاج بعض المرضى إلى تدريب خاص للقيام بالبلع ويحتاجون إلى دعم عملية التنفس أيضا، ويعمل أخصائيو الكلام مع المريض ومع أعضاء الفريق الآخرين من أجل التخطيط لضمان المعالجة والمراقبة المستمرة. كما يتم تعليم المرضى الذين يستخدمون مراوح هوائية على كيفية دعم عملية التنفس للمساعدة في التوقف عن استعمال المراوح الهوائية.

د/ ٧- **الأخصائيون النفسيون:** Psychologists -الخدمات النفسية والتوافق النفسي: يهتم الأخصائيون النفسيون بقضايا الصحة النفسية والعقلية للمريض. وفي أي برنامج للتأهيل يلقى الجزء والعبء الأكبر على عاتق الأخصائيين النفسيين، حيث تكون مهمتهم مساعدة المريض على التعامل مع قضايا التوافق والتغييرات النفسية والعاطفية التي تجلبها الإصابة.

ويستطيع الأخصائيون أو المرشدون النفسيون ومرشدو التأهيل توفير خدمات الإرشاد النفسي للمريض وأسرته وللآخرين المهتمين في حياة المريض. ويساعد هؤلاء المختصون بطرقهم الفنية المتخصصة في تفهم المريض نتائج الإصابة المأساوية، كما يتعاملون مع الأهمية الخاصة للخطط العلاجية التالية، والمشكلات النفسية والتوافق السلوكي. وقد يأخذ الإرشاد الوضع الفردي أو الأسري أو الجمعي.

د/ ٨- **أخصائيو التنفس** Respiratory Therapists -علاج التنفس: يساعد أخصائيو التنفس في شئون رعاية الصحة والتنقية التنفسية Pulmonary Hygiene and Ventilator Care حسب الحاجة. ويركز أخصائيو التنفس على رعاية المرضى الذين يستخدمون أجهزة التنفس، وعلى فطم المريض عن استخدام المراوح الهوائية، كما يقومون بتثقيف وتزويد المريض والأسرة بمعلومات حول المعالجة والتعامل مع قضايا التنفس والسعال وتنظيف الأجهزة التنفسية والوقاية من الالتهابات والأمراض التنفسية، كما يتولى هؤلاء الأخصائيون تنظيم برنامج تعليم منزلي لهؤلاء المرضى الذين يستخدمون أجهزة التنفس لمدة طويلة.

د/ ٩- **أخصـائيو التـغذية** Nutritionists -تنظيم التغـذية: يقدر أخصـائيو التغذيـة حاجات المريض الغذائيـة، كما يقدرون القيـود والمحاذير التي يمكن أن توضع على طعـام المريض سواء مـا يتعلق بنـوعية الطـعام أو بطريقة التـغذية. وينظر الأخـصائي إلى السـعرات الحرارية ومـعدلات تناول البـروتين والسوائل. ويسـاعد في تحـديد الكميـات والنوعـيات المناسبة من الأطعـمة، كما يعمل مع أعضاء الفـريق التأهيلي الآخرين لتطوير إستراتيجيات تساعد المريض على أن يأكل بشكل جيد وآمن.

(Spinal Cord Injury Resources. Directory 2005).

د/ ١٠- **أما الأخصائيون الآخرون:** الذين قد يضافون إلى فريق التأهيل تبعا لحاجات المريض فهم يقعون ضمن الأربعة أنواع التالية:

د/ ١٠/ ١ الأخصائـيون الاجتمـاعيون Social Workers: ويساعدون في صنع القرارات الماليـة والتخطيط للعودة للمنزل أو توفـير مكان معيشة جديد.

د/ ١٠/ ٢ أخـصائـيو التـرويح العـلاجي Therapeutic Recreation Specialists: ويساعدون المريض للعودة ثانية لممارسة الأنشطة التي يحبونها ويستمتعون بها قبل حدوث الإصابة.

د/ ١٠/ ٣ أخصائيو الإرشاد الروحي Spiritual Counseling Specialists وهم ممثلو الدين تبعا للعقائد الدينية للمريض.

د/ ١٠/ ٤ المرشدون المهـنيون (Vocational Counselors): يقـومون بمساعدة المريض على العودة ثانية لمجتمع عمله، أو يعرِّفونه بفرص مهنية جديدة.

هـ- أنواع أوضاع التأهيل ومستويات الرعاية:

Types of Rehabilitation Settings and Levels of Care

قـد يتم تلقي خدمـات التأهيل فـي العديد المتنوع من الأوضـاع أو المواقف والأماكن وبمستويات مـختلفة من الرعاية. وقد يجد شـخص جديد على موضوع التأهـيل أن هذه الخيارات والـبدائل مربكـة، ولكن بصورة عـامة فإن الطـبيب أو

الأخصائي الاجتماعي أو مدير الحالة عادة ما يساعد المريض في فهم هذه الخيارات، من أجل اتخاذ القرار المناسب بسبب رعايته الصحية.

ويمكن الإشارة إلى المستويات المختلفة للرعاية التأهيلية كالآتي:

هـ/ ١ تأهيل المرضى الشديدي الإصابة داخل المستشفى

Acute Inpatient Rehabilitation

هـ/ ٢ التأهيل المتمرس أو الماهر Skilled Rehabilitation

هـ/ ٣ تأهيل المرضى الشديدي الإصابة الطويل الأمد في المستشفى

Long-Term Acute Hospital Rehabilitation

هـ/ ٤ برنامج تأهيل العلاج اليومي أو الرعاية اليومية

Day Treatment or Day Program

هـ/ ٥ تأهيل الرعاية الانتقالي Transitional Care Rehabilitation

هـ/ ٦ تأهيل المرضى بدون الإقامة في المستشفى

Out- Patient Rehabilitation

☺☺☺☺☺☺

مراجع الفصل الأول

١ - عـلاء الدين كفـافي: الصـحة النفـسـية (ط٤)، دار هجـر للطبـاعة والنشـر والتوزيع، القاهرة، ١٩٩٧.

2. A.P.A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. DSM III-R. 1980.

3. Calancie, Blair et al., (1994): Involuntary Stepping after spinal cord Injury. Brain, 117, 1143-1159.

4. Holmes, H. and Nancy, (2000): Handbook of Diseases (2nd) Springhouse PA: Springhouse.

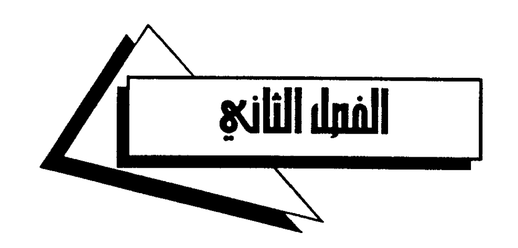
5. Martin, N., Holt, N. and Hicks, D. (1981): Comprehensive Rehabilitation Nursing, New York, McGraw-Hill.

6. Rehabilitation Nursing (NR) (2002): Spinal Cord Injuries. Minimizing the Damages.

7. Spinal Injury Resource Center (2002): Finding a Rahab. Retreved May 16, 2002.

8. Toronto Rehab Advancing Rehabilitation. (2005).

☺☺☺☺☺☺



حالات بتر الأطراف

- حالات بتر الأطراف وبعض المتغيرات الديموجرافية.
- بتر الأطراف العلوية.
- بتر الأطراف السفلية.
- العوامل المؤثرة في عملية التوافق النفسي لمن تبتر أطرافهم.
- قياس خبرة البتر واستخدام الأطراف الصناعية.
- بتر الأطراف عند الأطفال.
- دور القيم والمعنى والمنظور في التوافق الإيجابي لمبتوري الأطراف.



الفصل الثاني

حالات بتر الأطراف

القسم الأول

حالات بتر الأطراف وبعض المتغيرات الديموجرافية:

تعتبر حالة إزالة الأطراف السفلية Lower Extremity Amputation من أكثر أنواع بتـر الأطراف شيوعـا (٩٠٪)، وذلك مقـارنة بحالات بتـر الأطراف العلوية Upper Extremity Amputation . كما أن الرجـال أكثر عرضة لهـذه الإعاقة من النساء. وتوجد أربعة عوامل مسببة لضرورة بتر أحد الأطراف أو كليهما وهي:

- الالتهابات والأعراض المتعلقة بالأوعية الدموية
Vascular Disease and Infection
- الصدمات Traumas
- الأورام السرطانية Tumors
- التشوهات والشذوذات الخلقية
Congenital Deformities or Abnormallities

وتعتبر الالتهابات والأمراض المتعلقة بالأوعية الدموية هي السبب الرئيسي في معظم حـالات بتر الأطراف، والتي تؤدي في الغـالب إلى بتر الأطراف السـفلية. وتوجد مستويات مـتنوعة لعملية بتر الأطراف السفلية وبعضـها يتضمن إزالة واحد أو أكثـر من أصـابع القدم أو إزالة جـزء من القدم أو إزالة السـاق الواحدة حـتى الركبة، أو إزالة الساق الواحـدة بما فيها الركبة، أو إزالة الساقين كليـة. كما توجد مسـتويات مختلفة لعمليـة بتر الأطراف العلوية كبتـر اليد أو الذراع حتى الكوع أو الذراع كاملة أو كلتا الذراعين.

ويتم تحويل المصاب عادة بشكل فوري بعد عملية البتر إلى أخصائي الأطراف الصناعية Prosthetist والأجهزة التعويضية. ويتطلب ذلك تقديم التدريب التأهيلي المناسب للمصاب ليتعـلم كيفية استخدام هذه الأطراف خاصـة فيما يتعلق بالمشي. وتتطلب الحركة والمشي باستخدام الأطراف الصناعيـة طاقة أكثر مما يتطلبه استخدام الأطراف الطبيعية.

فعلى سبيل المثال يستلزم استخدام الأطراف الصناعية البديلة لبتر أحد الساقين تحت الركبة Unilateral below the knee طاقة أكثر بنسبة ٤٠٪ - ٦٠٪ من الطاقة المبذولة في استخدام الساق الطبيعية، أما البتر الثنائي أو البتر للساقين معا تحت الركبة Bilateral below the knee فيستلزم طاقة أكثر بنسبة تتراوح بين ٩٠٪ - ١٢٠٪. وأما بتر الساق الواحدة فوق الركبة فيستلزم طاقة أكثر بنسبة تتراوح بين ٦٠٪ - ١٠٠٪. في حين أن بتر الساقين معا فوق الركبة يستلزم طاقة أكثر بنسبة ٢٠٠٪ وذلك مقارنة بحالات الاستخدام الطبيعي لجميع الأطراف العلوية والسفلية.

وبالإضافة إلى هذه الطاقة الواجب توافرها لدى الأفراد ضحايا هذه الإصابة في عملية التدريب واستخدام الأطراف الصناعية تستنزف الطاقة النفسية بالإضافة لاستنفادها الطاقة الجسمية، وهي خبرة يعتبرها الجميع بأنها مؤلمة نفسيا قبل أن تكون مؤلمة جسميا.

وقد أشارت إحدى الدراسات التي أجريت في هذا المجال إلى ردود الفعل النفسية الآتية:

- حزن شديد عند ٦٢٪ من المصابين
- القلق العالي عند ٥٣٪ من المصابين
- نوبات البكاء والصراخ عند ٥٣٪ من المصابين
- الأرق عند ٤٧٪ من المصابين
- الاكتئاب المرضي عند ٢١٪ - ٣٥٪ من المصابين

ومن المثير للملاحظة أن هذه الاضطرابات أو ردود الفعل النفسية التالية لحالة بتر الأطراف لا تتناقص مع مرور الزمن (Parkes, 1975) في (Frank, R. 2002, 29-38).

وغالبا ما يرتبط التأهيل بعد حدوث البتر بصورة أساسية بعملية التوافق النفسي للفرد مع الجروح والإصابة التي حدثت. ويعتبر التحدي المباشر الذي يواجهه الفرد بعد البتر هو وجود الطرف الصناعي Prosthesis وتقبله في جسده وإتقان استخدامه والاستفادة منه (Desmond & Mac Lachlan, 2002,a).

وتبدأ عمليـة التأهيل من المنظور النفسي بمجـرد أن يتخذ قرار البتـر كإجراء تدخلي ملائم لحالة الفرد الصحية. ويعتبر الوصول المبكر إلى خدمات التأهيل أمرا على جانب كبير مـن الأهمية والفائدة تحقيقا لتوفـير الإرشاد والمعلومات والنصح. وتشير البراهين التجريبية إلى أن التهيـئة والاستعداد المناسبين لإجراء الجراحة تسهل وتخـفف من عمـلية تأهيل المـريض بما في ذلك طول المدة التي سـيمـضـيهـا في المستشفى وكمية الأدوية التي يحتاجها.

وتمثل عملية إعـادة التوافق مع الحياة بعد إجـراء البتر أمرا مليئـا بالتحديات بالنسبة لمعظم الأشخاص. وترتبط صعـوبات التوافق بالتقارير الواردة عن الاكتئاب والشعور بالعجز وتدني تقدير الذات والضعف والإعياء والقلق والأفكار الانتحارية في بعض الحالات. وترتبط هذه الصعوبات بأساليب سلوكـية تعبر عن سوء توافق (مثل تعاطي المخـدرات والكحول) والمزيد من العجز والأداء الاجتمـاعي الضعيف وفقدان الاستقلالية الوظيفية.

وتتراوح النسب المئوية لانتشار حالات الاكتئاب المرضي بين الأفراد الذين تبتر أطرافهم بعد مغادرة المستشفى -كما ذكرنا- بين ٢١٪ - ٣٥٪ كما تشير التقارير إلى ارتفاع مسـتويات القلق والحزن والعزلة الاجتمـاعية بين أفراد هذه الفئة المصـابة ببتر الأطراف. وتبرز هذه المعلومـات الحاجة الماسـة لأهمية وضـرورة توفير التـدخلات العلاجـية المنظـمة وجيـدة البناء Structured Therapeutic Interventions لمعـالجة مشكلات الاكتئاب والقلـق والصعوبات الجنسية Sexual difficulties والإدمان على المخدرات أو الإفراط في تناول الكحول أو أدوية التخفيف من الألم. وقد تجرى هذه التدخلات من خلال العلاج الفردي أو الجمعي أو الأسري أو الزوجي.

وقد يكون المرضى الذين يتعرضون لخبرة بتـر الأطراف نتيجة لإصابة صادمة Traumatic Injury، خاصة حوادث السيارات، معرضين بصورة عالية للمعاناة من اضطراب ضغط ما بعـد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder, (PTSD) الذي يتسم بمدى واسع مـن الأعراض بعد التـعرض لحادث ضـاغط وصادم Traumatic Stressor كالتعرض للموت أو التهديد به أو الإصـابة الشديدة الموجه نحو السلامة الجسمية للذات أو للآخرين أو الرعب الشديد.

ويتصف اضطراب ضغط ما بعد الصدمة بثلاثة تجمعات من الأعراض وهي:



- إعادة إحياء واسترجاع الخبرة المأساوية التي وقعت في الماضي وكأنها تحدث الآن في الحاضر.

- تجنب الأمور التي تذكر الشخص بالصدمة.

- استثارة حية نشيطة مفرطة (Hyper- arousal).

ويمكن لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة أن يشكل مشكلة في غاية الشدة والتعقيد قد يصعب علاجها بحكم خصائصها الثقيلة الوطأة الخاصة بها، فقد تداخل وتتفاعل النتائج النفسية المتابعة للخبرات المأساوية المرتبطة بالجروح الناجمة عن فقدان الطرف (Limb Loss) بنتائج الجروح السيكلوجية الأخرى الموجودة في حياة المريض. وبالإضافة إلى ذلك فإن الحادث الضاغط الصادم -في حالة بتر الأطراف- قد لا يوصف بدقة، ولكن تتم خبرته بمضي الوقت بتأثيراته السلبية في مفهوم الفرد المصاب عن ذاته، وتتجمع -حينئذ- الآثار النفسية الناجمة عن كل من عملية البتر مع مشاق عملية التحكم التالية على البتر، مع مسئولية إدارة أمور الجرح ومكان ندبة البتر الناتجة عن العملية الجراحية، يتجمع كل ذلك ويجثم على قلب المريض ويترسب في أعماقه.

وقد تحدث عملية إعادة التعرض للحادث الضاغط والصادم مدموجة بالزيارات المتكررة للعيادة الطبية لاستكمال إجراءات القياس المناسب للأطراف الصناعية وللمتابعة الطبية وما يصاحبها من ضغط جسمي ونفسي هائلين على المريض. ويجب أن تتضمن جهود التأهيل المبكر في مثل تلك الحالات تدخلات موضوعة ومصممة خصيصا لتناول ومعالجة نتائج كل من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) والتخريب الواقع في صورة الجسم (Body Image) من أجل التقليل من احتمالية رفض ارتداء الطرف الصناعي.

وقد اقتصر تركيز الأبحاث النفسية المتعلقة بالنتائج النفسية التي تلي حدث البتر -حصرا- على النتائج السلبية لهذا الحدث على حياة المصاب وسوائه النفسي إلا أنه ظهرت حديثا بعض المحاولات لتتحدث عن جوانب إيجابية أو مفيدة لهذه الخبرة فقد اهتم بعض الباحثين (مثل دن Dunn, 1996) بالآثار الصحية المفيدة (Salutary Effects) المرتبطة بالعثور على معنى إيجابي لخبرة الإصابة، بالإضافة

إلى الشعور بالتفاؤل الناتج عن إدراك السيطرة والتحكم بحالة العجز. وقد وجدت الباحثة «دن» (١٩٩٦) أن ٧٧٪ من الأشخاص المبتورة أطرافهم والذين كانوا يحاولون النظر إلى إصابتهم من زاوية مضيئة قد توصلوا لوجود شيء جيد ومفيد في حياتهم رغم الإصابة. كما توصل باحثون آخرون إلى أن ٤٩٪ من عينة بحثها قد أشاروا إلى وجود شيء جيد حصل لهم مع عملية البتر، وأنهم قد قدّروا إمكانياتهم الجسمية والصحية تقديرا عاليا وأنهم قادرون على تحقيق درجة أكبر من التوافق مع القيود التي تمثلها الإصابة حتى مع تقييدات النشاط الرياضي المترتب على بتر الأطراف السفلية (Desmand & Mac Lachlan, 2002).

القسم الثاني

بتر الأطراف العلوية

أ/ خطورة إصابة الأطراف العلوية:

لقد لاحظ الكلينيكيون أن المرضى الذين يتعرضون لبتر الأطراف العلوية بسبب إصابتهم بجروح في اليد Hand Injuries -والتي غالبا ما تنجم عن إصابات العمل Work Injuries يكونون بصورة خاصة معرضين لصعوبات نفسية وتوافقية. وتشير الكثير من نتائج الدراسات التجريبية (Cheung, Alvaro, Colotla, 2003) إلى أن الأفراد المصابين بإصابات تؤدي إلى بتر الأطراف العلوية يكونون أكثر عرضة لمواجهة الصعوبات النفسية والتوافقية مقارنة بأصحاب الإصابات المؤدية للبتر في الأطراف السفلية. فالمصابون ببتر الأطراف العلوية يعانون من الاكتئاب وأعراض ضغط ما بعد الصدمة بصورة أعلى مقارنة بنظرائهم من المصابين ببتر الأطراف السفلية.

وقد ناقش الكثير من الباحثين أهمية اليد في تشكيل العلاقات مع العالم. وتعتبر إصابات اليدين مهمة من الناحية النفسية بسبب الخسارة الوظيفية المرتبطة بها والتغيير في الصورة والهيئة الذاتية بالإضافة إلى التهديد المدرك المتعلق بالقبول الاجتماعي Social Acceptance. وتلعب اليد دورا حاسما في ممارسات العناية الذاتية Self- Care (مثل تناول الطعام والهندمة والترتيب والنظافة) والمهنة Occupation (مثل كتابة التقارير وإدارة الأجهزة) والتعبير الذاتي Self- Expression (مثل إشارات اليد) والتواصل مع الآخرين (مثل التسليم باليد). (Cheung, Alvaro & Colotlo, 2003, 109-110).

ويمكن لمحكات اضطراب ضـغط ما بعد الصـدمة(PTSD) الواردة في الدليل التشخيصي الإحصـائي للاضطرابات العقلية -المراجعة الرابعة (DSM - IV, 1994) أن تنطبق على نتائج إصابات العمل. وعلى سبـيل المثال فإن حالات تقطيع الماكينة لأجزاء من اليـد أو سحق الشجرة لسـاق قاطع الأشجار قد تـعتبر تهديـدا لسلامة الفـرد الجسـمي. كـما أن هذه الأنواع من إصـابات العـمل قد تثـيـر الكثيـر من الافتراضات بشأنه مدى سلامة مكان العمل وتزيد بالتالي تطور واضطراب(PTSD) بين العاملين فيه.

ب/ العوامل المسئولة عن نجاح الطرف الصناعي مع حالات بتر الأطراف العليا:

تمثل نسبة بتر الأطراف الـعليا (اليدين) نسبة ١٥٪ من مجمـوع حالات البتر المسجلة في الولايـات المتحدة، وتعكس هذه النسـبة وقوع سـتة آلاف (٦,٠٠٠) حـالة جديدة من الأفـراد الذين تبـتر أطرافـهم العليـا سنويا، والذين يتـعرضـون لتغييرات أساسية في حيـاتهم من خلال تحولهم من حالة ما قبل الإصابة إلى حالة ما بعد التأهيل.

وبعـد الاحتفـاظ بطرف موضـعي residual Limb بصورة تمكنه من قـبول الطرف الصناعي الوظيـفي Functional Prosthesis، الإجراء الجـراحي التقلـيدي الذي يلي عمليـة البتر المأساوية. ويهدف بـرنامج التأهيل إلى تدريب المريض على الاستخـدام الوظيفي لجهاز الطرف الصناعي، والانسـجام والتكيف مع وجوده في جسمه وذلك من خلال ثلاثة إلى ستة أشهـر بعد جراحة البتر. ويؤدي فقدان اليد إلى إحداث خسارة وظيفية يتم تعويضها في أحسن الظروف من خلال دمج لجهود التـدخلية الجـراحية، والوصـول إلى القيـاس المناسب للطرف الصناعي والتـأهيل (King, 1977).

وبالرغم من فـوائد اسـتـخـدام الطرف الصناعي في الوظـائف الجسـمـيـة والمكاسب الأخرى الممكن أن تستمد من استخدامه، إلا أن الأفراد المبتورة أطرافهم العليا يرفضون استخدام الطرف الصناعي بمعدلات عالية مدهشة. ويعد الاستخدام الفعال الأولى للطرف الصناعي An Initial Active Prosthesis واحدا من سلسلة من تعاقب الأحداث العـامة المشتركة بين المـصابين الذين يتعرضون لهـا بعد إجراء عمليـة البتـر، ويلي ذلك إما الاستـخدام السلبي (للناحـية التجـميليـة فقط)، أو التوقف التام عن استخدام الطرف الصناعي.



وعادة ما تكون تكاليف ضبط قياس الأطراف الصناعية العلوية والتدريب على استخدامها باهظة الثمن ومكلفة، ويتراوح سعر الطرف الصناعي العلوي من ٣ آلاف دولار إلى ٤٠ ألف دولار، ويضاف إليها نفقات الساعات العديدة من التأهيل والصيانة المستمرة، وإعادة ضبط القياس المستقبلي إلى تكلفة الطرف الصناعي مبالغ طائلة تنجم عن استخدامه. كما أن الأذى النفسي غير الملموس الذي يترتب عن الفشل في إتقان مهارة الطرف الصناعي الوظيفية يكون عاليا جدا، مما يؤدي إلى التقليل من القيمة الذاتية وتناقص الإحساس بالكفاءة الذاتية.

ولكي يتمكن فريق التأهيل من العمل بكفاءة وهم يصفون للمصابين أهمية عمل الأطراف الصناعية العلوية، وللتقليل من النفقات المالية والخسائر النفسية التي ترتبط برفض الفرد لاستخدام الطرف الصناعي. يبدو من المهم جدا القيام بتوضيح العوامل التي تؤثر على تقبل الطرف الصناعي وأن يتم تحديد النتائج الوظيفية الحقيقية لاستخدام الطرف الصناعي.

ج/ العوامل النفسية والتجميلية: Psychological and Cosmetics Factors

يبدو من الضروري فهم واستيعاب النتائج النفسية المترتبة على البتر الصادم تمهيدا وتحقيقا للتقدير الإيجابي الذي يستحقه حادث البتر على المتغيرات الأخرى المرتبطة باستخدام الطرف الصناعي. ويعد بتر الطرف في البداية حدثا حياتيا مدمرا، بحيث يمكن مقارنته بالخسارات والصدمات العاطفية الخطيرة في حياة الفرد. وتتأثر الهيئة الجسمية بشدة وبقسوة بخسارة اليد أو فقدانها. وبصورة عامة فإن بتر الأطراف العلوية يؤثر على الفرد أكثر من تأثير بتر الأطراف السفلية بسبب منظر الطرف العلوي والوظائف الحركية الدقيقة التي تقوم بها اليدان، ولدورها في الإحساس ودورها التعبيري في الاتصال غير اللفظي.

ولابد أن يتوافق المصاب مع فقدان الطرف العلوي من خلال سلسلة متعاقبة من الأحداث، ويفيد في هذا المجال التعبير عن الحزن المشترك مع جماعات من المصابين بنفس الإصابة. وتتضمن عملية التوافق عدة مراحل تبدأ من تقبل الخسارة وخبرة الألم أو الحزن واستيعابهما، والتكيف مع مطالب الحياة بدون وجود الطرف وإعادة استثمار الطاقة النفسية في مجالات أخرى. ويعاني حوالي ٥٠٪ ممن خاضوا تجربة بتر الأطراف من تجربة الألم الشديدة نتيجة لهذا البتر، مما يشير إلى أهمية توفير عمليات تدخلات تأهيلية نفسية لهؤلاء الأفراد.

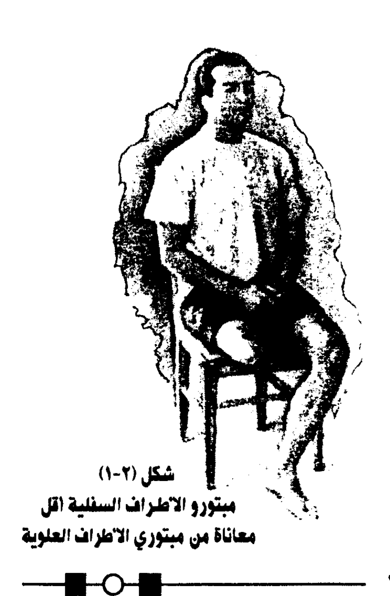
وتعد الخسارة الوظيفية أقل الخسائر التي يشعر بها الفرد المصاب بالبتر في مجتمع مهتم إلى درجة الهوس بالمظاهر والاعتبارات الجمالية. ويشير بعض الباحثين (مثل King, 1997) إلى أن استجابة الأفراد نحو البتر ترتبط بصورة بسيطة جدا بمقدار الخسارة الجسمية. ويؤكدون في هذا الصدد على عوامل: القيم الثقافية، تركيبة الشخصية وبنائها، السن، المهنة، الدافعية، الهوايات. وهي عوامل تتمتع بتأثير كبير على ردود الفعل عند الفرد نحو الخسارة ربما أكثر من الخسارة نفسها. وتؤدي القيم الثقافية المشبعة بأفكار النتائج النفسية ووصمة العار والنظر إلى المصاب مبتور الأطراف على أنه مخلوق مجدوع غريب مشوه ومثير للاشمئزاز وربما يزيد من حجم المشكلة والنظر إلى بتر الأطراف في هذه الأيام التي تتسم بالحركة السريعة والمهارة العالية والتنافسية الشديدة. وبالتالي فإن اعتبار الطرف الصناعي لا ينبغي أن يكون مجرد بديل «بدائي» عن الطرف الأصلي ولكن ينتظر ويتوقع أن يوفر لصاحبه الوظائف الحركية والحسية والتعبيرية والتجميلية أيضا.

القسم الثالث

بتر الأطراف السفلية

يعد المدى الواسع من الاستجابات النفسية لبتر الأطراف السفلية واحدا من الأبعاد الفريدة المميزة لهذه الإصابة Rybarczyk, Nicholas & Nyenhuis, 1997.

وتتراوح هذه الاستجابات من اعتبار البتر مأساة شخصية مروعة إلى اعتبارها فرصة جديدة للعيش والحياة، ويعود التنوع الكبير في استجابات المواجهة مع حالة بتر الساقين إلى تنوع الظروف المصاحبة لعملية البتر. ويعد البتر مقارنة بالأوضاع الصحية الأخرى أكثر ارتباطا بعوامل طبية مثل الحالة الوراثية أو الأوضاع الصادمة



شكل (٣-١)
مبتورو الأطراف السفلية أقل معاناة من مبتوري الأطراف العلوية

والأمراض الشديدة المزمنة. كما أنه ينتشر بين كلا الجنسين وضمن جميع الفئات العمرية.

ويعتبر مستوى البتر أحد العوامل التي تتنبأ بالتوافق النفسي لصاحبها مع حادث البتر. وتستند هذه الفرضية إلى الفكرة البسيطة المتضمنة أنه كلما كانت الإعاقة الجسمية أكبر كان التوافق النفسي أصعب منالا، وأن درجة الإعاقة غالبا ما تكون أقل بصورة أساسية في حالة البتر أسفل الركبة Below- Knee Amputation مقارنة بالبتر أعلى الركبة Above- Knee Amputation وبالبتر الثنائي في الأطراف السفلية Bilateral Amputation.

وترتكز بساطة تأثير عامل مستوى البتر إلى تداخل وتعقد الظروف المصاحبة للبتر وتنويعها وهي التي تؤدي للتباين بين أصحاب المستويات المختلفة من البتر، كما وتتباين مستويات التوافق مع البتر تبعا لما أتت به نتائج الدراسات وفقا لمصطلحات ومفاهيم البتر المختلفة التي حددتها منظمة الصحة العالمية World Health organization (WHO). وفي حين يؤدي العطب Impairment (العطب في وظيفة العضو المبتور) إلى إحداث نتائج هامة على القضايا المرتبطة بمفهوم الذات وصورة الجسم، وتتمثل في العجز Disability (آثار التضرر الجسمي على الأداء والسلوك في الحياة اليومية كالمشي مثلا) والذي يمكن أن يؤدي بدوره إذا استمر لفترة طويلة إلى الإعاقة Handicap (آثار التضرر على إنجاز وتحقيق الأدوار الاجتماعية كالعمل مثلا). وتلعبان دورا محوريا بالغ الأهمية في عملية التوافق.

القسم الرابع

العوامل المؤثرة في عملية التوافق النفسي لمن تبتر أطرافهم

تعتمد استجابة المصاب التي تقرر بتر أحد أطرافه على التفاعل المعقد بين العوامل الجسمية الموضوعية المادية الواضحة من ناحية والعوامل النفسية الاجتماعية الفردية الغامضة من الناحية الأخرى ومن هذه العوامل:

أ- العوامل الطبية المسببة للبتر:

١- تعتبر العوامل الطبية مثل الأوضاع الخِلْقية Congenital Conditions



والسرطان والسكري وأمراض الأوعية الدموية وإصابات الحروب والصدمات التي أدت إلى عملية البتر واحدة من العوامل المحتمل مساهمتها بشدة في عملية التوافق النفسي مع حالة البتر. ويبدو الأمر صعبا في تحديد ما إذا كانت الاستجابات النفسية السلبية هي نتيجة مباشرة لعملية خسارة الأطراف الناجمة عن البتر أم أنها تعود للأوضاع المزمنة (مثل السرطان والسكري والآلام المستمرة المزمنة) التي يتلازم وجودها مع حالة البتر والتي ربما عجلت وأدت إلى عملية البتر.



شكل (٢-٢)
مبتور القدم يمكن أن يستعين بطرف صناعي

وقد تبين من إحدى المراجعات لعدد من حالات البتر أن نوعية الحياة قد تتحسن بصورة فعلية عقب عملية بتر الأعضاء، وما يتبعها من المشي المعتمد على الأطراف الصناعية. ويبدو هذا غالبا لدى الحالات التي عاشت سنوات طويلة من الآلام المستمرة بسبب التهابات الأوعية الدموية والتي تعرضت لعمليات جراحية متكررة في محاولات يائسة لإنقاذ الساق والتي قد يبلغ معدلها (٦,٢) عملية جراحية قبل اتخاذ قرار البتر.

هذا، وتشير نتائج الدراسات إلى أن مرضى السكري الذين تعرضوا لعملية بتر الأطراف السفلية كانوا أكثر توافقا من مرضى السكري الذين يعانون من تقرحات مزمنة في القدم، ولكنهم لم يتعرضوا لهذا الإجراء الجراحي. وغالبا ما

تستغرق تقرحات القدمين عدة أشهر حتى يتم شفاؤها. ولكن عملية الشفاء تستلزم تحمل تناقص الوزن والبقاء طويل الأمد في السرير، مما يؤثر سلبيا على نوعية حياة المريض ويؤدي به للشعور باليأس والعجز.

٢- تعتبر المدة الزمنية التي مضت منذ عملية البتر بمثابة العامل الطبي الثاني ذي التأثير الكبير على عملية التوافق مع هذا النوع من الإعاقة. وتشير نتائج العديد من البحوث إلى معطيات متضاربة لأثر الزمن، فالبعض توصل إلى أن الزمن يلعب دورا إيجابيا بالغا بمعنى أن مستوى التوافق مع الإعاقة يزيد بمضي الزمن، في حين أشار البعض الآخر إلى أن الأفراد الذين يتعرضون لخبرة بتر الأطراف السفلية يظهرون إحساسا بالراحة بعد العملية الجراحية مباشرة، لكنهم بمضي الزمن يستغرقون في حزن عميق بسبب الخسارة الفادحة التي تعرضوا لها.

٣- يعتبر ألم الأطراف الوهمي Phantom Limb Pain (PLP) من عوامل الخطر المهمة المؤثرة بشدة على توافق الأفراد الذين بترت أطرافهم وتجرعوا مرارة هذه الخبرة الأليمة. وتتراوح نسبة الأفراد الذين يشعرون بدرجة من الإحساس بالطرف المبتور أو بالشعور المادي بالطرف المبتور من ٩٠٪ - ١٠٠٪. وعادة ما تكون الإحساسات الوهمية بالأطراف غير مؤلمة وغالبا تتناقص في مدة استمرارها وفي تكرارها وفي حدتها عبر الزمن.

ويعتبر ألم الأطراف الوهمي خبرة ذاتية من الشعور بالألم في منطقة الأطراف المبتورة. وهذا يحدث بنسبة تتراوح من ٦٠٪ - ٩٪ لدى جميع الأفراد الذين يتعرضون لخبرة البتر. وتتباين نوعية الشعور بالألم في المنطقة المبتورة ولكنها بشكل عام توصف بأنها عبارة عن شعور متقطع بالحرقة Burning أو شعور بالتشنج Cramping. وغالبا ما يتناقص الشعور بالألم الوهمي بناحية الطرف المبتور في تكراره وشدته بمضي الزمن وخلال مدة الستة أشهر التي تلي العملية. ولكن إذا لم يطرأ تراجع على هذا الشعور الوهمي فإنه غالبا ما يستمر مدى الحياة.

ومع أن مصدر هذا الألم مازال مدار جدال ونقاش إلا أن البعض ينسبه إلى عوامل متعلقة بمحيط الجسم Peripheral وبالعمود الفقري Spinal Cord وبالخلايا العصبية الدماغية Cerebral Neuronal مما يوصي بأن الأحاسيس تحدث في الدماغ

أولا وقبل كل شيء، حيث إن العضو الذي يشعر فيه الفرد بالألم غير موجود أصلا.

ب- حالة العجز:

من الافتراضات الشائعة والمرتبطة بحالات الإصابة أنه كلما كان العجز الجسمي Physical Disability أكبر كان التوافق النفسي أصعب وأبعد منالا. وفي حالة بتر الأطراف تكون درجة العجز الجسمي بشكل أساسي أقل في حالة البتر تحت مستوى الركبة مقارنة بحالة البتر فوق الركبة أو في حالة البتر الثنائي (بتر كلا الساقين) فوق الركبة.



شكل (٢-٣)
نموذج من الأدوات التعويضية

وعلى الرغم من أن العطب أو التضرر قد يكون له آثار سلبية أساسية على مفهوم الفرد عن ذاته وعن بعض جوانب معينة في شخصيته (مثل صورة الجسم) إلا أن خبرة الشعور بالعجز أو الإعاقة من المحتمل جدا أن تلعب دورا بالغ الأهمية في عملية التوافق النفسي لهذا النوع من الإعاقة. وقد قام بعض الباحثين بدراسة العلاقة بين التقرير الذاتي لتقييد الأنشطة Activity Restriction والتي ترتبط بكل من العجز والإعاقة من ناحية، وعملية التوافق النفسي والاجتماعي المترتبة على حالة بتر الأطراف من ناحية أخرى. وتوصلوا إلى ارتباط تقييد الأنشطة كما يدركها الفرد بصورة دالة بالاكتئاب الناجم عن الشعور بكل من الإعاقة والعجز الناتجين عن بتر الأطراف. (William san et al, 1994.b).

وتقدم نظرية تقييد الأنشطة تفسيرا علميا لهذه العلاقة تتضمن أنه عندما يتم تقييد الأنشطة (مثل العناية الذاتية ورعاية الآخرين والعمل والترويح والصداقات) والتي تعتبر أساسية لهوية الفرد Individual Identity ولقيمته الذاتية Self - Worth فإن ذلك يربك معنويات الفرد ويضعفها، وبالتدريج يصل إلى حالة الشعور بالاكتئاب.

وعلى العكس من هذا الوضع إذا كان لدى الفرد في الأصل القليل من الأنشطة التي تعرضت للتقييد بسبب عملية البتر، فإن الآثار المترتبة على البتر تكون

محدودة. ويحدث هـذا للأفراد الذين يعتمد أسلوب حيـاتهم على الجلوس أساسا لمن يعمل في عـمل مكتبي، وأعضـاء الأسر محـدودة العدد قليلة المسئـوليات أو الأفراد الذين لديهم شبكة عـلاقات صداقة حمـيمة الصلات التي يسهل توظيـفها والوصول إليـها (بسبب القـرب المكاني والاتصال الهـاتفي والإلكتروني المستـمر) وأساليب تمـضية وقت الفـراغ في أنشطة كالكتـابة والرسم لا تستـلزم الوقوف أو الاسـتخـدام المنظم للسـاقين (يلاحظ أن الحـالات التي نتحـدث عنهـا تتناول في مجـملها حـالات بتر الأطراف السفلى لأنهـا تمثل النسبـة السائدة في حـالات بتر الأطراف، وهي كما قلنا تصل إلى نسبة ٩٠٪ من الحالات).

وفي كل هذه الحالات لا نتـوقع أن يتعرض الفرد لنفس المسـتوى العالي من الشعور بالاكتئـاب بسبب عملية البتر بعكس ما سيـشعر به الفرد النشط الذي كان يعتمد في أسلوب حياته أساسا على التنقل واستخدام القدمين، كما يتوقع ألا يجد هذا الفرد (ذو النشـاط الجالس) صعـوبة بالغة في التـوافق مع الوضعيـة الجسمـية الجديدة.

ج- عامل السن:

تشير البحوث إلى أن صغار الأطفال يتـوافقون مع حالة البتر بصورة جيدة، وأن التكيف مع حالة فقدان الأطراف يصبح أكثـر صعوبة مع تقدم العمر. ويحدد الباحثون مجموعة من العوامل تسهم في التوافق الإيجابي للطفل مع بتر الأطراف. وتتضـمن هذه العوامل التماسك الأسـري والدعم الاجتماعي الكافي والمسـتويات المنخفضة من النزاعات الأسرية. ويشيرون إلى أن تلك العوامل الضاغطة وأحداث الحيـاة اليوميـة التي تثيـر التوتر في العلاقـات، والاكتئـاب الوالدي، والمشكلات الطبية، من المتغيرات التي تجعلنا نتنبأ بصورة شبه مؤكدة أن الأطفال يسوء توافقهم في حالة البتر. (Rybarczyk, et. Al, 2002).

أمـا بالنسبـة لتعـامل المراهقين مع خـبرة البـتر فـإن هذا يجب أن يراعى به الاعـتبـارات المتعلقـة بالمستـوى الارتقائـي للمراهق. وتشـير نتـائج البحـوث أن الاهتمامات الرئيسية لدى المراهقين (في مراحل المراهقة المبكرة والمتوسطة والمتأخرة) على التوالي هي صـورة الجسم وعلاقـات الأقران والاستقـلالية. وقد يكون لبـتر

الأطراف خلال هذه السنوات النمائية الشديدة الحساسية أثر كبير على الوظيفة الاجتماعية مثل ارتفاع معدل التسرب المدرسي بسبب الاهتمام الواضح بالمظهر الخارجي والجانب الجمالي من قبل المراهقين.

وهناك أربع مراحل أساسية يمر بها المراهق خلال عملية توافقه مع حالة بتر الأطراف وهي كما يلي:

- **المرحلة الأولى وهي مرحلة الأثر** Impact Stage: حيث يميل المراهقون في هذه المرحلة للإحساس بالاكتئاب وخيبة الأمل وعدم الحماس والغضب.
- **المرحلة الثانية وهي مرحلة التراجع** Retreat Stage: وفيها يصبح المراهقون في هذه المرحلة أكثر انسحابا وجزعا وكآبة وذلك عندما يبدأون في الحزن والتحسر على فقدان أطرافهم.
- **المرحلة الثالثة وهي مرحلة الاعتراف** Acknowledge Stage: وفيها يقر المراهق بالواقع ويبدأ في تقبل مظهره الجديد. ويقبل بما يترتب على هذا الوضع الجديد.
- **المرحلة الرابعة وهي مرحلة إعادة البناء** Reconstruction stay stage: وفي هذه المرحلة يبدأ المراهق -بعد أن يتقبل الواقع ويعترف به- في التعبير عن رغبته في العودة إلى حياته وإلى ما كان فيه قبل عملية البتر والاندماج في النظام الاجتماعي، ولذا يقبل بحماس على الاشتراك في برامج التأهيل (Frank, & Elliot, 2002).

أما بالنسبة للبالغين الكبار فمن المعروف أن هذا النوع من الإصابة يصيب في غالبيته كبار السن ممن هم في سن الستين أو أكثر والذين يعانون أصلا من صعوبات ومشكلات طبية مختلفة كما أنهم أضعف جسديا من البالغين الأصغر سنا مما يؤثر سلبيا على التوافق مع الحالة الجسمية الجديدة. وتشير بعض الدراسات إلى أن كبار السن غالبا ما يتخلون عن استخدام الأطراف الصناعية خلال أشهر من الانتهاء من التدريب التأهيلي على استخدامها؛ وذلك لأن المطالب الجسمية المترتبة على استخدامها عالية وتفوق حد قدراتهم. وبالتالي فإن عملية البتر عندما تحدث

لأحد الكبار فإنها تتشابك وتتعقد بقضايا التعامل الأخرى المتصلة بالخلل والضعف الجسمي والأمراض المزمنة.

ولكن مع ذلك فإن بعض النظريات والدراسات دعمت الفكرة القائلة بأن كبار السن لا يوجد لديهم ردود فعل شديدة نحو شئون الحياة تماثل ردود الفعل الحادة التي توجد عند الأفراد الأصغر سنا؛ وذلك لأنهم ينظرون إلى الإصابة والتغيرات الناجمة عنها فيما يتعلق بالقدرة على الحركة والصورة الجسمية واعتبارها وإن كانت أحداثا غير مرغوبة لكنها أحداث متوافقة نسبيا مع العمر الذي وصلوا إليه بعد رحلتهم في الحياة فهي أمر شائع إذن بالنسبة لأعمارهم. (William san et al, 1994.a).

كما توصل وليامسون وزملاؤه أيضا إلى أن تقييد الأنشطة لدى كبار السن لا يؤدي إلى الاكتئاب وذلك بعكس ما يحدث مع صغار السن من البالغين. ويعتبر الباحثون ذلك الفرق بأن كبار السن لا يعتبرون الخسارات في الأنشطة أمرا مهما أو حاسما، وأن ذلك يعود إلى التغيرات النفسية المصاحبة للتقدم في السن. وهذا ما تدعمه النظريات الارتقائية التي ترى أن كبار السن ينتقلون من حالة تتضمن تأكيدا شاملا على التمكن والسيطرة النشطة ويتحولون إلى حال تكيفي مع العالم تتسم بالسلبية والمشاركة الأقل.

د- صورة الجسم:

لقد لوحظ أن الأفراد الذين خبروا بتر الأطراف يتعين عليهم أن يوفقوا بين ثلاث صور مختلفة لأجسامهم وهي:

- صورة الجسم قبل البتر.
- صورة الجسم قبل استخدام الأطراف الصناعية.
- صورة الجسم بعد استخدام أو ارتداء الأطراف الصناعية.

وغالبا ما يطوِّر الأفراد المبتورة أطرافهم اتجاهات سلبية نحو أنفسهم نتيجة لتغير هيئة وشكل الجسم وصورته عند الفرد وما ترتب عليه وتغير فيه بسبب الإصابة، حتى أن البعض من الباحثين أشاروا إلى أن المصابين يعبرون بصورة صريحة عن جرحهم وإحساسهم بالعجز والحزن واشمئزازهم من إصاباتهم ومن

صورة أجسامهم. وبالطبع فإن الصورة السلبية التي يكونها المصابون عن ذواتهم وعن أجسامهم بشكل أو بآخر تنتقل إلى الآخرين الذين ينظرون إلى المصاب من خلال هذه النظرة التي أسهم المصاب نفسه في صنعها (Winchell, 1995).

هـ- العوامل الشخصية البينية:

ويمكن أن تعالج العوامل الشخصية البينية Interpersonal Factors من خلال منظورين يكون المصاب عرضة لأن ينظر إلى ذاته من خلال أيهما أو كليهما وهما:

- الاتجاهات السلبية المدركة Perceived Negative Attitudes
- الشعور بأنه قد يكون ضحية Feeling Vulnerable to Victimization

أما الاتجاهات السلبية المدركة فهي من أكثر القضايا في العلاقات البينية الشخصية إذ يعبر الأفراد المبتورة أطرافهم دائما عن أن الآخرين ينظرون إليهم باعتبارهم أقل شأنا As Inferior من نواح ليس لها علاقة بالأطراف المبتورة، بمعنى أن الشعور بالنقص يعمم من جانب الفرد المصاب ويظن أن الآخرين يدركون أنه أقل منهم بصفة عامة وليس فيما يتعلق بالعضو المبتور فقط.

وتشير نتائج الدراسات إلى أن عامة الناس الأصحاء (الذين لا يعانون من إصابات أو غيرها) يحملون مدى واسعا من الاتجاهات المتميزة والمتحاملة ضد الأفراد المصابين. كما أن الناس أصحاب النوايا الحسنة يرتكبون خطأ إذا ما افترضوا دائما أن كل الأفراد المبتورة أطرافهم يعتبرون ذلك حدثا سلبيا للغاية. ويتكرس الخطأ إذا ما تعاملوا معهم على هذا الأساس، حيث يؤدي ذلك إلى تراكم الخبرة السيئة عند الفرد المبتورة أطرافه مما ينتهي به الشعور بالعزلة Isolation والوحدة Loneliness.

ويرى العديد من أخصائي التأهيل أن الوعي بهذه الاتجاهات، ومعرفتها، واعتبارها ليست موجهة نحوه شخصيا، هو السبيل الوحيد لتلافي نتائجها المؤذية. ووجد الباحثون أن المصابين من مبتوري الأطراف الذين يتجاهلون وجود أي نوع من وصمة العار والعيب الاجتماعي يتعلق بإعاقتهم، كانوا أقل احتمالا للتقدم والتحسن في البرنامج التأهيلي، وبالتالي فإن الوعي Awareness والاعتراف بما يدور حول الفرد من اتجاهات وآراء، هو الخطوة الأولى نحو تدبر ومعالجة وتحييد الوصمة والعيب الاجتماعي.

وعلى العكس من النتيجة السابقة فقد أشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن الأفراد المبتورة أطرافهم الذين يشعرون بالعار والوصمة كانوا هم الأكثر اكتئابا (Rybarczyk. Et. Al, 1995). ويبدو أن الفيصل هنا هو نوعية المعرفة أو الوعي بالإصابة وبالبتر، وهل يدركها كعامل لا يعوق توافق الفرد وتحقيق ذاته أو إدراكها كعامل يحول دون التواف وتحقيق الفرد لإمكانياته. ويؤكد هذا التفسير أن المستويات العالية من الوصمة الاجتماعية المدركة قد ارتبطت بالتوافق النفسي السيئ. وعلى الإجمال فإنه من الأفضل للفرد المبتورة أطرافه أن يكون أقل انسياقا وتأثرا بالاتجاهات التي قد تحمل تحيزات سلبية ضده والتي قد يكونها الآخرون نحوه، وبصرف النظر إذا كانت هذه التحيزات موجهة نحو شخص الفرد ذاته أم أنها اتجاه معمم نحو الإصابة والمصابين بصفة عامة.

٢- وأما شعور المصابين والمبتورة أطرافهم بأنهم عرضة لأن يكونوا ضحايا فمن الملاحظ أن الأفراد المعوقين جسميا غالبا ما يعبرون لأخصائي التأهيل عن مخاوفهم المتعلقة بتعرضهم لأعمال العنف والسرقة والاعتداء البدني. ويبدو أن لدى المعوقين -بسبب بتر أطرافهم- شعورا مرتفعا بقابليتهم لأن يقعوا ضحية جرائم الاعتداء الشخصي، وهذا يؤدي إلى السلوك التجنبي الشديد وإلى تضاؤل تفاعلهم مع الآخرين، وبالتالي يدمغ الحذر والحيطة أسلوب حياتهم، ويجعلهم هذا الحذر في وضع صحي ونفسي أسوأ.

وتشير بعض الدراسات (Rybarczyk, et. al. 1995) إلى وجود نسبة كبيرة من المعوقين ممن بترت أطرافهم يشعرون بأنهم عرضة بشكل كبير لأن يكونوا ضحايا للجرائم Vulnerable to becoming a crime victim، وأنهم أقل قدرة على الدفاع عن أنفسهم Less able to defend Them self، وأن لديهم شعورا عاليا بالاكتئاب والوحدة، كما أنهم يجدون صعوبة بالغة في التكيف مع حالة استخدام الأطراف الصناعية بالإضافة إلى أنهم يعيشون نوعية حياة أكثر تدنيا Lower Quality of life من أولئك الذين لا يشعرون بأنهم عرضة لأن يكونوا ضحايا للاعتداء الشخصي والجريمة بأنواعها. وقد ارتبط هذا الشعور أيضا لدى كبار السن من المبتورة أطرافهم بتقييد الأنشطة الحياتية المعتادة وبعدم الشعور بالارتياح من التواجد بين الناس في وسط التجمعات. (Williamson, 1995)

القسم الخامس

قياس خبرة البتر واستخدام الأطراف الصناعية

لقد برزت العديد من المشكلات والتحديات في مجال تأهيل مبتوري الأطراف، وبصورة خاصة ما يتعلق بعملية ملاءمة الأطراف الصناعية وتعلم استخدامها. وتُظهر مراجعات الأدب النفسي المتعلق باستخدام الأطراف الصناعية بين الأشخاص الذين بترت أطرافهم السفلية أن النسب المئوية للناجحين في استخدام الأطراف الصناعية تتباين بصورة كبيرة من ٤٦٪ إلى ٩٦٪ (Gallagher & Maclachlon, 2000)

شكل (٢-٤)

شكل (٢-٥)

شكل (٢-٦)

أشكال (٢-٤)، (٢-٥)، (٢-٦)
نماذج من الأطراف الصناعية

مقياس خبرة البتر واستخدام الأطراف الصناعية:

وقد قام بعض الباحثين بتصميم مقياس لخبرة البتر واستخدام الأطراف الصناعية. وقد صمم المقياس لنقص أبعاد مختلفة في عملية وجود طرف صناعي على الجسم. ويتألف المقياس من خمسة أقسام كما يلي:

أولاً - الخصائص الفردية:

يتناول هذا القسم الخصائص الخاصة بالفرد مثل: النوع والسن ومدة استخدام الطرف الصناعي، ونوع الطرف الصناعي (تحت الركبة، عبر الركبة، قبل الركبة، أوضاع أخرى) وسبب البتر (اضطراب الأوعية الدموية، السرطان، السكري، حادث صادم، أسباب خلفية تكوينية، أو أية أسباب أخرى).

ثانياً - الجوانب النفسية:

ويتألف هذا القسم من سلسلة من العبارات المتعلقة بالجوانب النفسية المرتبطة بارتداء الطرف الصناعي. ويقدر

المستجيب كل عبارة على سلم تقدير مؤلف من خمس درجات يتراوح من لا أوافق مطلقا إلى أوافق بشدة.

	لا أوافق مطلقا	لا أوافق بصفة عامة	لا أعرف	أوافق بصفة عامة	أوافق بشدة
١- لقد تكيفت مع كوني ارتدي طرفا صناعيا.	( )	( )	( )	( )	( )
٢- بمرور الوقت أصبحت أكثر تقبلا لطرفي الصناعي.	( )	( )	( )	( )	( )
٣- أشعر بأنني نجحت في التعامل مع هذه المأساة الصادمة في حياتي.	( )	( )	( )	( )	( )
٤- بالرغم من أنني أرتدي طرفا صناعيا، إلا أن حياتي ممتلئة وكاملة.	( )	( )	( )	( )	( )
٥- لقد تعودت على ارتداء الطرف الصناعي.	( )	( )	( )	( )	( )
٦- لا يهمني لو نظر أحدهم إلى طرفي الصناعي.	( )	( )	( )	( )	( )
٧- أجد من السهل التحدث عن الطرف الصناعي.	( )	( )	( )	( )	( )
٨- لا أجد مانعا لو سألني الآخرون عن طرفي الصناعي.	( )	( )	( )	( )	( )
٩- أجد صعوبة في التحدث عن فقداني لطرفي خلال إجرائي لمحادثة ما.	( )	( )	( )	( )	( )
١٠- لا أهتم لو لاحظ أحدهم أنني أعرج.	( )	( )	( )	( )	( )
١١- يتدخل الطرف الصناعي في قدرتي على أداء عملي.	( )	( )	( )	( )	( )
١٢- لقد جعلني استخدام الطرف الصناعي معتمدا بصورة أكبر على الآخرين لدرجة لا أريدها.	( )	( )	( )	( )	( )
١٣- يحد استخدامي لطرف صناعي من نوعية العمل الذي أستطيع القيام به.	( )	( )	( )	( )	( )
١٤- أن أكون مبتور الطرف يعني أنني لا أستطيع أن أعمل ما أرغب في عمله.	( )	( )	( )	( )	( )
١٥- يحدد استخدامي للطرف الصناعي كمية العمل الذي أستطيع إنجازه.	( )	( )	( )	( )	( )

ثالثا - الأنشطة:

ويتألف الجزء الثالث من أسئلة تتعلق بالأنشطة التي قد يقوم بها الفرد خلال يومه العادي، وما إذا كان الطرف الصناعي يحد من قدرته على تأدية تلك الأنشطة، وإذا كانت هذه هي الحالة فإلى أي مدى يكون هذا الحد؟ وتتراوح خيارات الاستجابة من: تحد كثيرا- تحد قليلا- لا تحد مطلقا.

	تحد كثيرا	تحد قليلا	لا تحد مطلقا
١ - الأنشطة الحيوية كالركض وحمل الأشياء الثقيلة والمشاركة في الألعاب الرياضية	( )	( )	( )
٢ - صعود عدة مجموعات متواصلة من درجات السلم	( )	( )	( )
٣- الركض للوصول وركوب الحافلة	( )	( )	( )
٤ - الرياضة والترويح	( )	( )	( )
٥- صعود مجموعة واحدة من درجات السلم	( )	( )	( )
٦- المشي لمسافة أكثر من ميل	( )	( )	( )
٧- المشي لمسافة نصف ميل	( )	( )	( )
٨- المشي لمسافة مائة ياردة	( )	( )	( )
٩- الاحتفاظ بالصداقات	( )	( )	( )
١٠ - زيادة الأصدقاء	( )	( )	( )
١١ - ممارسة هوايات معينة	( )	( )	( )
١٢ - الذهاب إلى العمل	( )	( )	( )

رابعا - الرضا بالطرف الصناعي:

ويقيس هذا القسم درجة الرضا والاقتناع بالجوانب المختلفة المرتبطة بالطرف الصناعي. ويتألف من مجموعة من الفقرات تكشف مدى الرضا عند المفحوص من استخدام الطرف الصناعي وخاصة من زوايا: اللون والشكل والصوت والمظهر والوزن والفائدة والاستخدام والقياس المناسب والراحة والرضا العام. وتتراوح التقديرات المتدرجة على سلم تقدير خماسي من: غير مقتنع مطلقا -غير مقتنع بصفة عامة- لا أعرف- مقتنع بصفة عامة - مقتنع تماما.

خامسا- ألم الطرف الوهمي:

ويتكون القسم الخامس من مجموعة فقرات تهدف إلى قياس ألم الطرف الوهمي (خبرة ذاتية من الشعور بالألم في منطقة الأطراف المبتورة)، ألم مكان البتر Stump pain، المشكلات الطبية غير المرتبطة بالبتر، ولا بالقدرات الصحية والجسمية.

١- في المتوسط، ما عدد الساعات اليومية التي ترتدي فيها الطرف الصناعي؟

٢- بصورة عامة هل تعتبر أن صحتك سيئة جدا / سيئة/ لا بأس بها/ جيدة/ جيدة جدا؟

٣- بصورة عامة هل تعتبر أن إمكانياتك وقدراتك الجسمية سيئة جدا/ سيئة/ لا بأس بها/ جيدة/ جيدة جدا ؟

٤- هل تشعر بألم موضعي (Residual Pain) (في الجزء المتبقي من الطرف المبتور

٥- هل تشعر بألم وهمي في منطقة الطرف الذي تم بتره؟

٦- هل تعاني من أية مشكلات طبية أخرى؟ (Gallagher, & MACLACHLAN 2000).

القسم السادس

بتر الأطراف عند الأطفال

أ- خصوصية وضع الأطفال في مسألة بتر الأطراف:

لبتر الأطراف عند الأطفال خصوصية معينة تختلف عما هي عند الكبار لأن الطفل في مرحلة نمو ارتقائي. فإذا كان الراشد في مرحلة استقرار ارتقائي (في منتصف العمر) أو في مرحلة تراجع ارتقائي (بعد منصف العمر) فإن الطفل لا زال في المرحلة البنائية والذي تتغير فيها أعضاؤه تشريحيا ووظيفيا. ومن هنا كانت عملية بتر الأطراف وتعويضها بأطراف صناعية عند الأطفال أمرا يختلف في كثير من جوانبه عما هو عند الراشدين الكبار.



فـالأطفال كـائنات غيـر ناضـجة انفـعاليـا واجتـماعـيا ووظيفـيا بعـد مقارنة بالـبالغين الناضجين والمسئولين والمستقلين وظيفـيا. وبالإضـافة إلى ذلك يكون الأطفـال غـير ناضـجين بمعنى ضـآلة مهـارات الأطراف العلوية والسـفليـة في الوظائف اليدوية والوقوف والسير. ويؤثر عدم نضج الطفل الهيكلي على القرار المتعلق بمستوى البتر، كما يؤثر عـدم نضجـه (خاصـة في مهـارات اليد) بصورة واضـحة على الأهداف التدريبـية المحددة التي توضع لتأهيل الأطراف العلوية.



شكل (٢-٧)
بتر الأطراف عند الأطفال لا يمنع من تأهيلهم للاندماج في المجتمع

ويعتـقد -للأسبـاب السابق الإشارة إليـها- أن هناك مـبررا قويا للتـعامل مع مشكلات بتر أطراف الأطفال بصورة مستقلة ليس فقط في مجال التدريس الأكاديمي، ولكن أيضا في مجال الضبط والإدارة الكلينيكية العملية لهذه المشكلات.

ب- الأطفال والأطراف الصناعية:

يمكن للأطفـال ذوي بتر الأطراف الناجم عن تشـوهات خلقـية أو لأسـباب حادثة أن يـرتدوا الأطراف الصناعيـة المناسبة لمـستوى البـتر، والممـاثلة لتلك التي يستـخدمـها الكبـار، ومن الضروري أن نعطي اعـتبـارات الحجم والوزن المتعـلقة بالطرف الصناعي أولوية كبيـرة. ولا يعني هذا أن الطرف الصناعي الخاص بالطفل يجب أن يكون متمـاثلا تماما مع الطرف الصناعي الخاص بالكبيـر الذي يشابهه في مستوى البتر. وعلى سبيل المثال بصورة أولية يركب الطفل الذي يبلغ السنة الأولى من عمره ولديه بتر أعلى الركبة Above Knee Amputation طرفا صناعيا للركبة مقفولا Locked Knee Prosthesis. ولا تفتح الركبة الصـناعية إلى أن يتم وصول الطفل إلى مستـوى مُرض من توازن المشي والوقوف، واستنادا إلى قـاعدة المحاولة

والخطأ وبالتـالي فالطفل الذي أتم السـنة الأولى أو السنة الأولى والنصف المبـتورة ذراعه فوق الكوع Above Elbow Amputee لايرتدي وصلة مفصل كوع صناعي قابل للـتحكم A cable Controlled Elbow Joint ولا جهـاز وصل نهائي قـابل للتحكم به A cable Controlled Terminal Device فهذا الطفل لم ينضج بصورة كافية تؤهـله لإتقان التحكم في التعقد المرتبط بنـظام التحكم الثنائي لهذه الأطراف الصناعية بأسلوب وظيفي.

وتعـد تكنيكيـات وصل الطرف السـفلي Lower Alignment Techniques متماثلة تقريبـا مع تلك التي تستخدم مع الكبار. وتتوفر مقـاسات خاصة بالأطفال للسـاق الصناعـيـة المتـحـركـة فـوق وتحت الركـبـة Above and Below Knee Adjustable Leg. ويجب أن تسـتـخـدم هذه الأطراف بـحـيث تشـجع الوصل والتنظيم الأمثل ما بين نهاية الطرف المبتور والطرف الصناعي.

وتعد إجراءات الفـحص المعتادة في حالة بتر الأطراف العلويـة قابلة للتطبيق على الأطفـال. ويجب أن تفحص كـفاءة الوصلات الـصناعية. وأن يتـم الالتزام والتقيد Adherence بها -أي بكفاءة الوصلات الصناعيـة- في عملية ضبط قياس الطرف الصناعي للطفل، وبنفس الإتقـان والجدية المتبعة في عـيادات البتر الدقـيقة التنظيم الخاصة بالكبار.

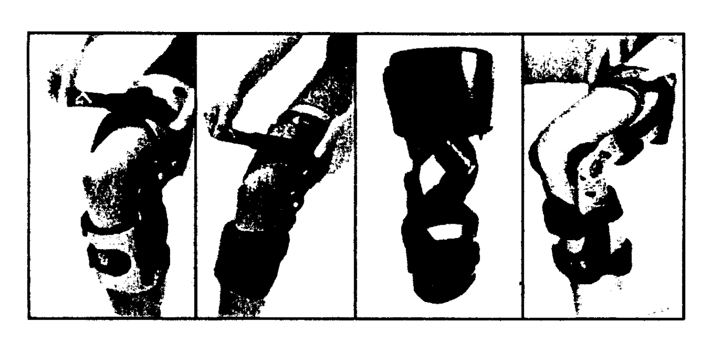
ويجب أن تراعى ضبط تناسب ومقاس الطرف الصناعي ونوعية صناعته وأن يتم وصله بشكل جيـد. يعتمد قيـاس ومناسبة الطرف الصناعي في الفئـة العمرية للأطفال على التغلب على مشكلات عدم القدرة على الدوران بصورة مناسبة وعدم ثبات المفصل القريب وعدم الكفاءة العضلية لنهاية الطرف المبتور.

ج- سن القياس المناسب:

ج/١: الطرف السفلي: Lower Limb

يحقق الطـفل الطبيعي نضـجا في التنظيم الحـركي خلال الاثنى عـشر (١٢) شهرا أو الأربعة عشر (١٤) شهرا الأولى من عمره. فهو يتعلم أن يتدحرج (To roll over) ثم يتعلم رفـع رأسه منتصـبة في وضع قائم، ثم بعـد ذلك يكتسب مـهارة الوقوف بمساعدة الآخرين والتي منها يتطور الوقوف المستقل. وفي النهاية يصل إلى القدرة على اجتياز المراحل الارتقائية المتتالية والمتابعة بصورة مستقلة.





شكل (٢-٨)
التأهيل يتضمن التدريب على استخدام الأجهزة التعويضية

ولكي يتمكن الطفل من أن يمشي مستندا على كعب القدم (Walk with a heel-strike) وأن ينجز نصف خطوة أو خطوة متوسطة (Mid- Stance) ووضعية المشي على مقدمة القدم مع تباعد القدمين Toe- off gait يجب أن يكون قادرا أولا على الوقوف على ساق واحدة Stand on one leg ومعظم الأطفال لا يكتسبون هذه القدرة إلى بعد أن يكونوا قد بلغوا سن الأربع أو الخمس سنوات من العمر.

ويستطيع الطفل الذي لديه نهاية طرف سفلي مبتور مريحةStomp Comfortable Lower والتي تسمح -أي نهاية الطرف المبتور- بالقدرة على الوقوف بمساعدة آخرين أن يكون جاهزا لقياس وارتداء الطرف الصناعي للساق. وإذا كان الطرف الصناعي مناسبا تماما في المقاس مع الطرف المبتور فإن الطفل يمكنه أن يتعلم أن يمشي كما يفعل الأطفال الطبيعيون من نفس فئته العمرية. ويجب أن تكون أنواع التدريب وأهدافه مناسبة ومنسجمة مع سن الطفل واستناده على كعب القدم حين المشي، وأن يتم تأجيل تعليم الطفل الوقوف نصف وقفة (على قدم واحدة)، والتدريب على وضعية المشي على مقدمة القدم مع تباعد القدمين، إلى أن يصل إلى سن الخامسة أو أن يتمكن من إظهار القدرة على الوقوف على ساق واحدة بدون مساعدة من أحد. كما يجب تأجيل تركيب أو ربط Articulation الركبة أو الورك -في حالة التفكك المفصلي (disarticulation)- الصناعيين عند الأطفال صغار السن إلى أن يتم إنجاز المشي الثابت الآمن على القدمين.

عادة مـا توجه جـهود التأهيل للـطفل الذي لديه بتر أو فـقدان في الأطراف العلوية بصورة أساسية نحو توفير الإدراك الحسي والفهم، ويكون الهدف الثانوي هو القيـام بتوفير المفـاصل للرسغ والكوع والكتفين إذا لزم الأمـر؛ وذلك ليمكن وضع جهـاز الطرف الصناعي في الفراغ الذي أحدثه البـتر أو الفقـدان وفي وضع وظيفي مناسب. ولا تعتـبر إجراءات التـغذية الراجعة الحـسية أو الاعـتبارات الجمـالية من ضمن الأمور التي تراعى بشكل أساسي في هذه المرحلة من تأهيل إصابة الطفل.

وتتطور القدرة على القبض والإمسـاك من ناحية والبسط والإطلاق والإرخاء من ناحـية أخـرى Grasp and Release لدى الأطفـال الطبيـعـيين بأسلوب منظم مـتدرج. وتعـتمـد قدرة الطفل على وضع يده وبسـطها في الفـراغ على التناسق والتآزر الدقـيق المتطور للكتـفين والكوع والرسغ الذي يتم الإشراف عليـه بواسطة البصر والنظر المجسم الدقيق (الذي يرى الأبعاد الثلاثية للشيء بوضوح).

وتتقدم مهارة القبض على مـهارة الإطلاق، فيتمكن الطفل من القبض على الأشياء وإمساكـها قبل أن يتقدم نحو مهـارة تحريرها من خلال بسط اليد. ويمسك الأطفال حتى الشهر التاسع تقريبا الأشياء بواسطة قبض راحة اليدين. ويعقب ذلك قيام الأطفال بتطوير استخـدام وإمساك الأشياء بإبهام اليد Thumb والسبابة Index والأوسط والخنصر وعندما يصل إلى سن السنة والـنصف يتمكن الطفل من القبض على الأشياء بقوة أصابع الإبهام والسبابة والأوسط فقط.

ولا يستطيع الطفل الصغـير الطبيعي القيام ببناء برج خشـبي مؤلف من أكثر من أربعة مكعبات إلا بعـد بلوغه سن السنة والنصف أو السنتين (١٨ شهرا - ٢٤ شهرا). وعندما ينجح في هذه المهمـة يكون قد أصبح لديه القدرة على بسط وفتح راحة اليـد والأصابع ويتـحكم فيـها وبهـا في صورة جـيدة والتي عادة مـا تكون مصحوبة برؤية مجسمة دقيقة تسمح لعملية البسط أن تحدث في المكان المناسب في الفراغ.

وعندما يبلغ الطفل سن الرابعة أو الخامسة يستطيع أن يتضمن سلوك الرمي، بمعنى رمي الأشيـاء بذراع مرتفعة فـوق الكتف ويتمكن -حينئـذ- من إنجاز تناسق

ذراعي كامل بالإضافة إلى نجاحه في تحقيق بسط متناسق بصـورة جيدة للذراعين. (Well Coordinated Release).

ويمكن للأطفال المبتوري الطرف العلوي أو ما يماثلهم من حالات التشويهات الخلقية (نواقص طرفية ولادية) أن يكونوا جاهزين لارتداء الطرف الصناعي في أي سن وذلك شريطة أن يربط أخـصائيو التأهيل ببراعـة وتكامل ما بين التطور المنظم المرتب لعمليات القبض والبسط بالإضافـة إلى البصر الدقيق والضبط والتحكم في الرسغين والكوع والكتـفين، ومكونات الطرف الصناعي المتوفـرة والوصفة الطبـية المدونة بدقة.

د - التدريب:

د/١ الطرف السفلي:

يشرف المعالجون الطبـيعيون Physical Therapists -بصورة نموذجية- على تأهيل المرضى المبتـورة أطرافهم السفلية والذين يحـتاجون لتركيـب أطراف صناعية نظرا لتميزهم الخاص في تعليمهم وتدريبهم وبالمعلومات المتخصصة اللازمة في هذا المجال. ومن الأمـور الأساسيـة الواجب مراعاتهـا والتقيـد بها لدى التـعامل مع الأطفال الصغار جدا المبتورة أطرافهم السفلى الانتباه والإدراك لكيفية مشي الأطفال في هذه السن المبكرة، ولأهمية الجهود التي تستهدف إنتاج وقفات وخطوات صحية ومـرضيـة To produce Satisfactory Station and Gait. والواجب أن توجـه -الجهـود- نحو تطوير مهـارات تماثل تلك التي يقوم الأطفـال الطبيعـيون من نفس السن بإتيانها بإتقان.

وبمجرد أن يكتسب الطفل القدرة على الوقـوف والمشي بالاعتماد على كعب القدم وتحقـيق نصف الوقفة فيجب أن تبذل كل الجـهود لكي يتم تطوير نمط بديل في تعاقب وتسلسل مهارة المشي باستخدام الساق الصناعية بتروٍ وإناه وطول بال.

ويجب أن يسـتطيع الطفل الذي أصـيب ببتـر ثنائي الطرفين السـفليين تحت الركبة أو أعلاها من أن يمشي بصورة مستقلة وبدون دعم أو مساعدة من أحد. كما يجب أن يتم إتقـان مهـارتي صعـود ونزول الدرج بالاسـتناد على حافـتي الدرج (الدرابزين). ومن المقبول والشائع في حالة البتر الثنائي فـوق الركبة استخدام عصا



أو عكاز لتحسين «عـوامل الوقت- المسافة» (Time- Distance Factors) والتقليل من الإعياء والضعف.

ومن الضـــروري في حـالة الخلع الـوركي أو تفكك مـفــصل الورك Hip Disarticulation وتحقيقا لمبدأ اكتساب عوامل «الوقت المسافة» يتم المشي باستخدام العكازات حـسب دورة المشي باستـخدام الطرف الصناعي مـستـعينا بنـمط مشـية للتأرجح والنقل من حالة إلى حالة من مراحل التأرجح Swing Phases وهي:

- التصعيد Acceleration ويحدث قبل التأرجح.
- منتصف التأرجح Mid Swing.
- إنقاص السرعة وإبطاؤها Deceleration.

أو التأرجح والنقل مـن خلال مراحل المشي وهي الوقـفة Stance والتأرجح Swing (Aitken, .1984).

وتعتبر دورة المشي أو الخطو Gait Cycle هي النشاط الميكانيكي في الأحوال الطبيعـية. وفي حال استخدام الطرف الصناعي الذي يحـدث عندما تُلامس القدم الأرض إلى أن تُلامس القدم الأخـرى الأرض ثانية. ويقصـد بمرحلة التأرجح من مراحل المشي باستخدام الطرف الصناعي الحالة التي لا يحمل فيها الطرف الصناعي أي وزن، كمـا أن مرحلة الوقـفة تبدأ عندمـا تُلامس القدم الأرض وتنتـهي عندما ترفع عن الأرض (Fish & Kosta 1997).

ويمكن لمرضى حـــالات التـفكك المفـصلي الوركـي الثنائي Bilateral Hip disarticulation Patients إنجـاز المشي غيـر المدعـوم من الآخـرين وجر القـدمين ونقلهما بتثاقل Shuffling لمسافات قصيرة على سطح أرض ناعمة مستوية، ولكنها حالات نادرة.

د/٢ الطرف العلوي:

يتولى المعالجون الطبيعيون Occupational Therapists تأهيل المرضى المبتورة أطرافهم العلوية والذين يحتاجون لتركـيب أطراف صناعية. ومن الأمور الأساسية الواجب مراعاتهـا لدى العمل مع الأطفال المبتـورة أطرافهم العلوية أن يكون لدى



المعالج فـهم سليم لتطور مهارات الأطراف العـلوية عند الأطفال وصلتهـا بتسلسل وترتيب الأحداث تاريخيا وزمنيا وكذلك أعمارهم الفعلية ومعاملات ذكائهم.

ويجب أن تكون الأهداف الموضوعـة واقعيـة، فالأطفال المبتـورة أو المشوهة أطرافهم العلوية أو الناقصـة خلقيا يجب ألا يطلب منهم أن يقوموا بتـأدية مهارات يدوية بمستوى يفوق- أو حتى مساو في حالات كثيرة- لما يؤديه أقرانهم الطبيعيون. كمـا أنه من الأمور الأساسـية أن يتم الاعتـراف بحقيقـة أن-الأطفال لا يعتـبرون أشخـاصا مسـتقلين، فهم أفـراد من مجمـوعة الأسرة. وهي التي سـتتخـذ قرار استخدام طرف صناعي لطفلها وهي ستشارك في عمليات تدريب الطفل، مما يؤدي في النهاية إلى تـطوير المهارات الوظيفـية التي تجعل الطـرف ليس مقبـولا فقط بل أيضا مرغوبا ومهما عند الطفل.

ويجب أن تتضح أهمية استخدام الطرف الصناعي في أذهان كل أعضاء فريق التأهيل واقـتناعهم بذلك؛ نظرا لأهميـة هذا الاقتناع في تحديد مصـير خطة تأهيل الطفل. وما لم تقـتنع الأسرة -بصفـة خاصة- بأهميـة بل وضرورة ارتداء الطرف الصناعي العلوي للـطفل وما لم يقـومـوا بالتعـاون الوثيق مع المعـالج على ارتداء الطرف الصناعي وإجراء الممارسات والتدريبات الوظيـفية عليه فإن معدلات الرفض ستكون عـالية، وهو ما يحـدث في الحالات التي لا يتـوافر فيـها الاقتناع بأهمـية الطرف الصناعي خـاصة في حالات مـجموعـة مبتـوري الطرف العلوي الأحادي Unimembral Limb Amputee Group (حيث يكون البتر في أحد اليدين فقط).

وتكون المشكلات في الحـالات الحادة لمبتـوري الأطراف العلوية (وهي البـتر الثنائي في أي مستوى فوق المنطقة القريبة من أسفل الكوع) بالغة التعقيد بحيث لا يمكن تغطية تفاصيل فنيات التدريب على اسـتخدام الأطراف الصناعية في مثل هذه الحالات. وتسـتلزم هذه الحالات الصـعبة الكثـير من البـراعة Ingenuity والصبر وطول البال وإلى فترات مطولة من التدريب من أجل إعادة الإحياء لوظيفة الطرف العلوي للقيـام بتنفيذ وممارسة الأنشطة الأساسـية للحياة اليـومية (Aitken, 1984) وفي حالة التفكك المفصلي الثنائي للكتفين Bilateral Amelia تعد المحافظة ودعم وظيفة القدمين جزءا أساسيا لـبرنامج التدريب الجيد بعد تركيب الطرف الصناعي، وغالبا ما تدمج وظيفـة القدمين بصورة رئيسية بالوظيفة الهـامشية للطرف الصناعي الذي يركب للتعويض عن الخلل في وظيفة الكتفين المختلة.

القسم السابع

دور القيم والمعنى والمنظور في التوافق الإيجابي لمبتور الأطراف

لم تركز الدراسات علـى فحص الخصائص الوسيلية المؤدية إلى التوافق مع إعاقة البتر، باستثناء دراسات قليلة جدا (Dunn, 1996). وقد يعود هذا التحيز إلى التأكيد والتركـيز الشديد في أبحاث التوتر والمواجهة على استخـدام المشاعر السلبية كمـقياس حـصري للنتائج، وتضـع بعض النماذج النظرية البديـلة كنظرية الأزمة تأكيدا مساويا مماثلا على إمكانية التعلم والنمو التي تلي أحداث الحياة الموترة. ومن خلال هذا المنظور تمكن العديد من الباحثين من استكشاف العوامل التي تساهم في التوافق لكل من الإعاقة والعجز والمرض المهدد للحياة .(Taylor, 1997).

ويعتبـر التغيير في النظام القـيمي للفرد من أكثر العـوامل التي تبين ارتباطها بالتوافق الإيجابي مع البـتر والعجز الناجم عنه، ومن تلك التغيـيرات التحول عن اعتبار الخصائص الجسمية (صورة الجسم والتناسق والشكل العام) أو قيم المقارنة بين الذات والآخرين.

ويحدث التوافق الإيجـابي عندما يتحول الشخص نحو وضع القـيمة الذاتية لنفسه اسـتنادا لخصائص غير جسـمية وانطلاقا من الإحسـاس بالقيمة الحقيـقية أو الجوهرية Intrinsic Value. وعلى سـبـيل المثال عندمـا ينظر الفـرد إلى أطرافـه الصناعية من وجـهة نظر إيجابية بسبب أنها تمكنه من العـمل عوضا عن النظر من زاوية سلبية بوضعها مؤشرا وعلامة على نقصه بسبب الطرف المبتور. وينسجم هذا التوجه مع المعالجين النـفسيين المعرفيين الذين يعالجون الاكـتئاب منطلقين من نفس الفلسفة التي تشجع الأشـخاص على إعادة تشكيل وصياغة أحداث الحـياة السلبية بأسلوب محايد أو إيجابي.

كمـا يعتبـر البحث عن المعنى Searching For Meaning في أحداث الحياة المأساوية من المواضيع التي اهتم بها عـلماء النفس. وقد توصلت بعض الدراسات التي فحصت كيفـية مواجهة الأفراد للأمراض المهددة للحـياة إلى وجود علاقة بين

وجود معنى والـتكيف الإيجابي. فالأفراد الذين يجـدون شيئا إيجـابيا في الحدث الطبي غيـر المرغوب غالبا ما يـسجلون توافقا أفـضل ويبقون على قيـد الحياة لمدة أطول.

وتتضمن التغييرات الإيجابية التي تحدث نتيجة للمرض الشديد الخطير: إعادة ترتيب الأولويات، وتقـرير تخـصـيص وتمضيـة وقت أطول للعـلاقـات الهامـة، وإحســاسا قويا بالحيـاة في الوقت الحاضر وظهور الحـاجة لاستمـتاع أكبر بالحـياة والنظر إليها، بوصفها ذات قيمة وسريعة الزوال.

كما يعـتبر التقلـيل من المقارنات الاجتمـاعية جانبا مـعرفيا آخـر تبين صلته بعمـلية التوافق الـنفسي مع المرض المزمن والإعـاقة الجـسدية، فقـد ارتبطت رؤية النفس بأنها محظوظة مقارنة بالآخرين الذين تعثـرت أقدارهم بصورة أكبر وأصيبوا بأحداث صحية أفظع وأشد هولا -كالنجاة من الموت- بمستويات أعلى من التوافق النفسي مع العجز والمرض المميت.

☺☺☺☺☺☺

مراجع الفصل الثاني

1. Aitken, G.T. (1984): The Child Amputee: An Overview. Journal of Association of Children's Prosthetic. Orthotic Clinics, 19, 2, pp. 23.

2. Cheung, E., Alvaro, R. and Colotla, V.A. (2003): Psychological Distress in Workers with Traumatic Hupper or Lower Limb Amputations Following Industrial Injuries. Rehabilitation Psychology, 48, 2, pp. 109-112.

3. Desmond, D. and MacLachlan, M. (2002): Psychological Issues in the Field of Prosthetics and orthotics. Journal of Prosthetics and Orthotics, 14, 1, p. 19.

4. Dunn, D.S. (1996): Well-being Following Amputation: Salutary Effects of Positive Meaning, Optimism and Control. Rehabilitation Psychology, 41, 4, 285-302.

5. Fish, D.J. and Kosta, C.S. (1997): Neuromuscular Pathology Dictates Gait Pattern. Biomechanics, P. 53.

6. Gallagher, P. and Maclachlan, M. (2000): Development and Psychometric Evaluation of the Trinty Amputation and Prosthesis Experience Scales (TAPES). Rehabilitation Psychology, 45, 2, 130-154.

7. King, R.E. (1997): Factors Responsible for the Prosthetic of Traumatic Upper Extremity Amputees. The University of Puget Sound. Student Physical Therapy Journal.



8. Rybarczyk, B. Nyenhuis, D.L. Nicholas, J.J. (1997): Coping with Leg Amputation. Integrating research and Clinical Practice, Rehabilitation psychology, 42, 3, 241-256.

9. Rhybarczyk, Bruce, Szymanski, Lyndo and Nickolas, John, J. (2000): In Frank, Robert, G. and Elliot Tinothy R. (Eds). Handbook of Rehabilitation Psychology, pp. 29-38. A.P.A.

10. Taylor, S.E. (1997): Psychosocial Factors in the Course of Disease. (Paper presented at the annual meetign of the socity for Rehabilitation Medicine, San Francisco, CA).

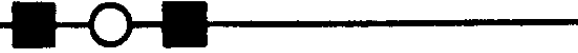
11. Williamson G.M. (1995): Restriction of normal activities Amond Older Adult Amputees: The role public. self-consciousness. Journal of Clinical Geropsychology, 1, 229-242.

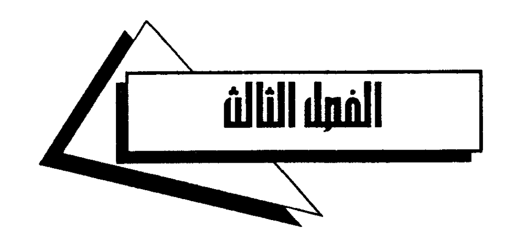
12. Wiiliamson, G.M. Schulz, R., Bridges, M.W. and Behan, A.M. (1994a): Social and Psychological Factors in Adjustment to Limb Amputation. Journal of Journal of Social Behavior and Personality, 9, 249-268.

13. Williamson, G.M. and Schulz, R. (1994b): Activity Restriction Mediates The Association Between Pain and Depressed Affect: A Study of Younger and Older Adult Cancer Patients Psychology and Aging, 10, 369-378.

14. Winchell, E. (1995): Coping with Limbloss (Garden City Park, N.Y. Avery Publishing Group).

☺☺☺☺☺☺



حالات إصابة الدماغ الصادمة

- مقدمة
- تعريف إصابة الدماغ الصادمة
- الإصابة وبعض المتغيرات الديموجرافية
- أنواع إصابات الدماغ الصادمة
- الآثار النفسية لدى الأطفال المصابين بإصابات الدماغ الصادمة
- النتائج المترتبة على المضاعفات الطبية والمعرفية العصبية والسلوكية العصبية
- اختلالات الشخصية المرتبطة بإصابات الدماغ الصادمة
- مقاييس التأهيل لإصابات الدماغ الصادمة
- تأهيل حالات إصابات الدماغ الصادمة



الفصل الثالث

حالات إصابة الدماغ الصادمة

مقدمة:

لقد أصبحت إصابة الدماغ الصادمة (.Traumatic Brain Injuries (T. B. I منذ العقد الأخير من القرن العشرين كيانا تشخيصيا أساسيا تتم معالجته في مواقع التأهيل الطبي. ومع أن نسبة المرضى المقيمين داخل المستشفيات في وحدات تأهيل المصابين بإصابات الدماغ الصادمة تتراوح بين ٧٪-١٠٪ فقط فإن البرامج المتخصصة بتأهيل المصابين بهذه الحالة المرضية في وحدات المعالجة داخل المستشفيات وعلى مستوى الإصابة الحادة وما بعدها يزيد عددها كثيرا ويفوق عدد برامج التأهيل المعتمدة والمخصصة لإصابات العمود الفقري Spinal Cord Injuries) (SCI) أو المرضى الذين يعانون من آلام مزمنة.

وتتزايد نسبة حدوث إصابات الدماغ الصادمة، فقد كادت تقارب ١ في كل ١٠٠٠ (ألف) بالنسبة لمجموع السكان في الولايات المتحدة Centers for Disease) Control and Prevention (CDC) 1997 هذا بالإضافة إلى الأنماط الشائعة الحدوث من الإعاقات السلوكية العصبية والمعرفية والنفسية التي تنتج عن ذلك، ولذا فليس من الغريب والحال هكذا أن الأخصائيين النفسيين يلعبون دورا مهما في معالجة هذه الإعاقة متعددة الأوجه Multifaceted Disability.

وبصفة عامة فإن حالات إصابة الدماغ الصادمة إصابة عالية الانتشار نسبيا. ويقدر بأنها تحدث عشر مرات حدوث إصابة العمود الفقري. وأكثر من ذلك فإنها تحدث كثيرا بين الأشخاص في ريعان شبابهم، وتتزامن مع أحداث ومراحل ومواقف هامة وحرجة في حياتهم كإكمالهم لتعليمهم وتطويرهم لمهنتهم أو إنشائهم لأسرهم، وبالتالي يكونون في أوقات أكثر عرضة للأزمات الشديدة في حياتهم (Khan, Baguley & Cameron, 2003).

وتعتبر عوامل التقيد بشروط السلامة كاستخدام أحزمة الأمان Seat Belts وأكياس الهواء Air Bags والتقيد باستخدام كراس الأطفال المربوطة بالأحزمة Child Car Seat Restraints وخوذات الدراجات الهوائية Bicycle Helmets وأية وسائل حماية أخرى من العوامل الأساسية في ضبط إصابة الدماغ الصادمة والتقليل منها.

القسم الأول

تعريف إصابة الدماغ الصادمة

تعرَّف حالة «إصابة الدماغ الصادمة»[1] بأنها عبارة عن تلف في خلايا الدماغ ينتج عن قوة ميكانيكية خارجية، ويعبر عن هذا التلف من خلال فقدان الوعي Loss of Consciousness العائد إلى صدمة الدماغ أو حالة فقدان الذاكرة أو ذاكرة ما بعد الصدمة Post Traumatic Amnesia (PTA) وكسر الجمجمة Skull Fracture أو أية نتائج عصبية Neurological Findings يكشف عنها الفحص الجسمي، أو فحص الحالة العقلية والذي يمكن أن ينسب إلى صدمة الدماغ (TBI). (Rosenthal & Ricker, 2002).

القسم الثاني

الإصابة وبعض المتغيرات الديموجرافية

يرتبط انتشار إصابات الدماغ الصادمة بالعديد من العوامل الديموجرافية والبيئية المسببة المختلفة. وتشير أحدث الدراسات إلى أن عدد الإصابات الموزعة على الفئات العمرية لإصابة الدماغ الصادمة تتباين وتتراوح ما بين الفئات العمرية كالآتي:

* في الفئة العمرية أقل من ١٥ سنة تتراوح بين ١٨٥ و ٢٣٠ إصابة من بين كل ١٠٠,٠٠٠ (مائة ألف).
* في الفئة العمرية من ١٥ - ٢٤ سنة تبلغ حوالي ١٧٦ إصابة من بين كل ١٠٠,٠٠٠ (مائة ألف).
* في الفئة العمرية أكثر من ٧٥ سنة فأكثر فتصل إلى ١٨٦ إصابة من بين كل ١٠٠,٠٠٠ (مائة ألف).

وهذه إحصاءات عام ١٩٩٧ في الولايات المتحدة الأمريكية، وهي لا تختلف كثيرا عما هي في المجتمعات الأخرى القريبة أو الشبيهة بها، والتي في نفس المستوى الحضاري، فهي في أستراليا مثلا تبلغ ١٥٠ (مائة وخمسين) إصابة في كل ١٠٠,٠٠٠ (مائة ألف) (Fortune & Wen, 1999).

---

(١) وهناك مصطلح آخر يشير إلى زملة أخرى شبيهة وهو التهاب الدماغ الصادم Traumatic encephalo-pathy وهو مرض مخي منتشر يتسبب عن إصابة في المخ. وأعراض هذا المرض كثيرة منها: الصداع والدوار dizziness وضعف التركيز والنعاس drowsiness والأرق insomnia وتغيرات في الشخصية. (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثامن ١٩٩٦، ٤٠١٥).

ويتزايد حدوث هذه الإصابة بين أفراد الفئة العمرية من ١٥- ٣٥ سنة، وهي كما قلنا سن مقتبل العمر أو ريعان الشباب، والسن التي يضع فيها الفرد أسس حياته المهنية والاجتماعية والاقتصادية وترتبط أكثر من غيرها من الفئات العمرية بالأزمات والمصاعب. كذلك تنتشر الإصابة بين الذكور أكثر مما هي بين الإناث بنسبة (٣) أو (٤) إلى (١)، وهي نسبة منطقية ومتوقعة لأن إصابة الدماغ الصادمة ترتبط بالتعرض للخطر أو المخاطرة Risk- Taking وهو سلوك مرتبط بالذكور أكثر مما هو مرتبط بالإناث. وبالتالي فإن هذه الإصابة -من الناحية النظرية- يمكن تجنبها Potentially Preventable.

كذلك فإن هذه الإصابات تحدث بين أفراد الطبقة الدنيا أو أفراد المستويات الاقتصادية والاجتماعية المنخفضة بدرجة أكبر. وقد تمثل حوادث اصطدام السيارات عاملا أساسيا في هذه الإصابة إذ تعتبر مسئولة عن حوالي ثلثي حالات الإصابات الحادة والمعتدلة، في حين تمثل حوادث السقوط والاعتداءات Falls and Assaults السبب الثاني المسئول عن إصابات الدماغ الصادمة. كما تعتبر حوادث الرياضة والسقوط مسئولة عن نسب مئوية كبيرة من حالات الإصابة المعتدلة. كما يرتبط تعاطي الكحول بأكثر من نصف جميع حالات إصابة الدماغ الصادمة (Bell & Sandell, 1998) هذا بالإضافة إلى عوامل سلوكية أخرى كالتاريخ الإجرامي أو مشكلات مخالفة القوانين.

القسم الثالث

أنواع إصابات الدماغ الصادمة

تتمثل أنواع الإصابات الدماغية في الحالات الآتية وهي حالات ترتبط في الأغلب مع بعض الحالات الجسمية.

أ- حالة الإصابة المحورية العصبية المنتشرة Diffuse Axonal Injury (DAI) وهي من أكثر إصابات الدماغ شيوعا، وهي تمثل العديد من النتائج أو الآثار العصبية المعرفية والعصبية السلوكية المزمنة الطويلة الأمد. ويشير مصطلح الإصابة المحورية العصبية المنتشرة إلى النتيجة المباشرة للقوة الميكانيكية الضاربة أو الصادمة التي تؤدي إلى تمزق وتقطع المحور العصبي الدماغي. وتتوسط هذه الحال العديد من الظواهر العصبية

السلوكية الملاحظة والتي تعقب المستويات المتوسطة والشديدة لإصابات الدماغ الصادمة، وذلك من خلال التفكك الواسع بين المناطق الدماغية (Wide Spread Disconnection -of Brain Region.

ب- حالة الاستسقاء الدماغي Edema والتي تعتبر من المضاعفات الثانوية الواسعة الانتشار في حالة إصابة الدماغ الصادمة. وتحدث حالة الاستسقاء عندما يتزايد تركيز الماء داخل الخلايا Within Cells وبين الخلايا Between Cells أو كلتا الحالتين. ويعود السبب في ذلك إلى الضربة أو الصدمة الميكانيكية المباشرة Direct Mechanical Traumaأو إلى تغير في اختراقية أو نفاذية الأوعية الدموية Altered Vascular Permeability، وبالتالي يؤدي هذا إلى تزايد في «الضغط داخل الجمجمة» Intracranial Pressure (ICP) والذي يؤدي بالتالي إلى تلف الدماغ.

ج- التغيرات المرتبطة بالقلب والرئتين Cardia and Respiratory : تؤدي إصابة الدماغ الصادمة والجوانب الطبية الأخرى المتصلة بها إلى إحداث تغيرات في الأجهزة القلبية والتنفسية، فمثلا قد تسبب القوة الصادمة غير النافذة إلى الصدر خلال حادث اصطدام سيارة رضات أو كدمات Contusions في القلب والرئتين. وهذه الرضات تؤدي بالتالي إلى الخلل الوظيفي القلبي والتنفسي مما يسبب تلفا دماغيا إضافيا نتيجة السكتات القلبية أو نقص وصول الأكسجين إلى أنسجة الجسم Cordial Arrest .or Hypoxia

د- الالتهابات Infection: من المحتمل بشكل عال أن يتعرض المصاب بإصابة الدماغ الصادمة إلى الالتهابات الناجمة عن عملية تسرب عفن الجمجمة Septic Skull Penetration. وهذا قد يؤدي إلى عمليات بؤرية Focal Processes مثل الإصابة بخراجات الدماغ Cerebral Abscesses والتي ترفع من معدل التضرر والعطب في الوظائف المعرفية أو قد تحدث ضررا معرفيا جديدا.

هـ- الغيبوبة وفقدان الوعي Coma and Loss of Consciousness: يعتبر فقدان الشعور والوعي من الأمور الملازمة لحالات الإصابة الدماغية الصادمة، والاستثناء الوحيد هو في حالة الإصابات البؤرية Focal Injuries، كما أنه لا يحدث دائما مع حالة الإصابات المتخللة Penetrating Injuries. بالإضافة إلى أن حالة الغيبوبة[1] لا يشترط ظهورها في حالة إصابة الدماغ الصادمة (TBI). ويعتبر عمق غياب الوعي مؤشرا مقبولا لشدة الإصابة الدماغية وحدتها، وبشكل خاص مع الحالات المشتبه بتعرضها لإصابات الدماغ المنتشرة.

و- الحالات الخاملة وحالات الوعي في حده الأدنى Vegetative States and Minimal consciousness: يتعرض ما يقارب الـ ٢٠٪ من الناجين من المصابين بصدمات الدماغ الحادة للبقاء في مستوى عدم الاستجابة Unresponsive Level لمدة تناهز الثلاثين يوما بعد الإصابة. وتوصف الحالات التي يكون لدى الأفراد فيها دورات نوم واستيقاظ تلقائية، لكن بدون مستوى ملائم من الوعي الشعوري، أنهم يمرون بحالة من الخمول والبلادة المتواصلة Persistent Vegetative State (PVS).

ز- فقدان ذاكرة ما بعد الإصابة Post Traumatic Amnesia (PTA): يعود فقدان ذاكرة ما بعد الإصابة إلى الفترة من الزمن التي تعقب إصابة الرأس وخلال الفترة التي يظهر المصاب فيها إحساسات دماغية مشوهة ومتضررة Impaired Sensorium. ويرى الأخصائيون أن طول مدة فقدان الذاكرة يعتبر مؤشرا عياديا مفيدا للتعرف على نتائج الحالة، عند استخدام هذا المؤشر مع العوامل المباشرة لصدمة الرأس، كما أنه ذو فائدة عندما يتم قياسه بإتقان وبدقة وذلك عندما يتم تتبعه خلال فترة الشفاء.

القسم الرابع

الآثار النفسية (المعرفية والسلوكية والانفعالية) لدى الأطفال المصابين بصدمات الرأس

تتضمن الآثار المعرفية التي تعقب الإصابة بصدمات الدماغ لدى الأطفال النقص والتضرر في معظم القدرات المعرفية والاجتماعية فيتأثر سلبا نمو الذكاء Deficits in Intelligence والذاكرة Memory والانتباه Attention والتعلم Learning واللغة

(١) تعرف حالة الغيبوبة Coma بأنها حالة من إغماض العيون، وعدم الاستجابة للأوامر والتفوه بكلام غير مفهوم.

Language والمهارات النفس حركية Psychomotor Skills والحكم الاجتماعي Social Judgment. كما تتضمن الآثار السلوكية أيضا ضعف السيطرة على الاندفاعات Poor Impulse Control والقلق Anxiety والتهيج المفرط Irritability وسهولة الاستثارة Agitation والارتباك والانزعاج Confusion ونقصان التلقائية Loss of Spontaneity والاختلالات الوجدانية Affective Disturbances، بالإضافة إلى التأثير السلبي الواقع على التحصيل الدراسي والأداء المدرسي، والقدرة على التوافق النفسي بصفة عامة.

وتعتبر الأمور التالية من المحددات الرئيسية للنتائج المترتبة على الإصابات الصادمة للرأس:

- حدة الإصابة وشدتها.
- سن الشخص عند الإصابة، حيث يعتبر من المحددات الأساسية التي تؤدي إلى تباين النتائج المتوقعة من هذه الإصابة خاصة لو قارنا نتائج إصابة الدماغ الصادمة عند الأطفال وسن ما قبل المدرسة بنتائج الإصابة لدى الأطفال والمراهقين الأكبر سنا.
- حالة القدرات والسلوكيات والإصابات التي كانت تميز الفرد قبل الإصابة لها دور في غاية الأهمية فيما يتعلق بتحديد النتائج المترتبة على الإصابة.

القسم الخامس
النتائج المترتبة على المضاعفات الطبية والمعرفية العصبية والسلوكية العصبية

بالرغم من أن الإصابة الرئيسية في حالة إصابات الدماغ الصادمة تكون في الدماغ، فمن المهم جدا أن نعرف المشكلات الطبية الأخرى بسبب آثارها التي تدخل في نطاق عمل أخصائي التأهيل وفي عملية التأهيل نفسها. وبسبب تنوع أسباب حالة الصدمة الدماغية والطبيعية المنتشرة للخلل الوظيفي الدماغي الذي يعقب حدوث إصابة الدماغ فمن الصعب التنبؤ مسبقا بالنتائج العصبية النفسية الخاصة التي تلي حدوث الإصابة لفرد ما.

ويمكن بشكل عام أن تشير إلى أشكال الإعاقات المعرفية التي تترتب على إصابات الدماغ الصادمة والتي يمكن ملاحظتها فيما يلي:

- النقص في عملية الاستثارة Deficits in Arousal والانتباه Attention والذاكرة Memory والقدرة على تعلم الجديد Capacity for New Learning.

- المشكلات في عمليات المبادرة Initiating والاحتفاظ Maintaining والتنظيم Organization أو الانخراط Engaging في السلوكيات الموجهة نحو الهدف Goal- Directed Behavior وفي المراقبة الذاتية Self- Monitoring.

- الشعور بالإعاقة والخلل Feelings of Handicapped and Disturbances

- التشوه في اللغة والتواصل Impaired Language and Communication

- العيوب في الإدراكات البصرية Visuo perceptual Deficits

- الاهتياج Agitation والعدوانية Aggression وعدم القدرة على كبح النفس Disinhibition والاكتئاب Depression

وتتباين هذه النتائج من حيث طول المدة أو الشدة وطبيعة هذه النتائج بشكل كبير بين الأفراد المصابين. وتعتمد هذه النتائج بصورة كبيرة على التفاعل الحادث بين العديد من المتغيرات بما فيها ما يلي:

- طبيعة الخلل الوظيفي الدماغي.

- المدة التي مضت على الإصابة.

- الحالة العصبية النفسية والحالة النفسية للمريض قبل الإصابة.

- الدعم الأسري.

- مدى تقبل البيئة لإصابة المريض.

ويبدو العمل الشاق والمتحدي لأخصائي التأهيل في عملية التأهيل النفسي لمصابي صدمات الدماغ هي في اختيار المقاييس التي تجمع بين الدقة والتخصص في

تبين آثار هذه الإعاقة الحادة، وفي الكشف الدقيق عن العلاقة بين الإصابة وما يترتب عليها من نتائج بما يسمح بالتنبؤ بالنتائج والمضاعفات التي قد تحدث. وسنتحدث عن قياس التأهيل عندما نتناول الحديث عن تأهيل هذه الإصابات.

القسم السادس
اختلالات الشخصية المرتبطة
بإصابات الدماغ الصادمة

الشخصية هي التنظيم الدينامي لكل الوظائف النفسية وهي التي تحدد التوافق الفريد للفرد في البيئة. وهذا يعني أن الشخصية تتضمن أنماط الاستجابات الانفعالية والدافعية التي يتم تطويرها عبر مرحلة حياة الكائن الحي، والتي تتأثر بقوة بخبرات الحياة المبكرة، وهي قابلة للتعديل بواسطة الأساليب العلاجية السلوكية والتعليمية، ولكنها لا يمكن تغييرها بسهولة، وتؤثر الشخصية وتتأثر بشدة بالعمليات المعرفية.

وبالنسبة للكائنات البشرية فإن هذه الأنماط من الاستجابات الانفعالية والدافعية (أو جزء منها على الأقل) تكون معترف بها ذاتيا لكنها قد تبقى خارج مجال الوعي الشعوري للفرد. وقد يميز الآخرون المطلعون على خصائص الفرد السلوكية اليومية الاستجابات الانفعالية والدافعية التي قد لا يكون الفرد واعيا بها بشكل كامل أو لا يستطيع التعبير عنها بصورة ذاتية. وأخيرا فإن شكل الاستجابات الانفعالية والدافعية يعتمد بدرجة كبيرة على النتائج البيئية، وأيضا على الأوضاع الحيوية (البيولوجية) للكائن الحي (Prigatano, et.al, 1980, 30).

وتتعلق الاستجابات الانفعالية بالحالة العاطفية أو الانفعالية للفرد. وتوصف الانفعالات بأنها حالات معقدة من الشعور المرتبطة بالتغيرات التي تطرأ على السلوكيات المحققة للهدف الحالي الخاص بالفرد. أما الاستجابات الدافعية فإنها تتعلق بحالات الشعور المعقدة التي تتوازى في مسارها مع السلوكيات الهادفة لتحقيق الهدف الخاص بالفرد. وباختصار شديد فإن الانفعالات والدوافع تعتبر مكونات أساسية في الشخصية، وهي التي تصف تكامل واندماج الفكر والمشاعر. ولذا من المتوقع والطبيعي أن الاضطرابات التي تؤثر على العواطف والدافعية تتضمن خللا محتملا في عمليات التفكير والخبرات الانفعالية والتعبيرات الانفعالية وتنظيمها.

ومن الواضح أن إصابات الدماغ تؤدي إلى إحداث تغييرات في الحالة الحيوية (البيولوجية) للكائن الحي، وبالتالي يمكن أن تنتج تفسيرات مؤقتة ودائمة في الاستجابات الانفعالية والدافعية. وتنسب التغيرات في الشخصية إلى آثار التلف الدماغي المباشرة وغير المباشرة وذلك عندما تكون التغيرات في الشخصية دائمة، ويتم بالتالي تغير الأنماط الاستجابية الانفعالية والدافعية السابق وجودها لدى الفرد المصاب. ومن الممكن ملاحظة الآثار المباشرة لتلف الدماغ بواسطة طريقتين:

أولاهما: الاختلالات في الأنسجة العصبية.

ثانيهما: الخلل الحادث في الوظائف التنفيذية المعقدة مثل الحركية والمعرفية.

ويؤدي الخلل في الأنسجة العصبية إلى إحداث تغيرات مباشرة ودائمة في السيطرة أو التعبير عن الاستجابة الوجدانية. كما أن التدمير أو التخريب في الأجهزة التي تخدم الوظائف التنفيذية المعقدة مثل الإدراكات البصرية المكانية وإنتاج اللغة الذي من شأنه أن يسبب خللا في العمليات المعرفية التي تعتمد عليها بعض من مكونات الشخصية بشكل أساسي.

وقد ميَّز جولدشتين Goldstein منذ عام ١٩٥٢ عندما وصف كيف أن نقصان القدرة على التجريد أدى بالمصابين بصدمات في الدماغ إلى ردود أفعال واستجابات مأساوية فاجعة. وبعده أيد كل من جراتان وايسلنجر Grattan & Eslinger, 1989 هذه النتيجة، وأضافا أن المصابين بصدمات الدماغ الذين يظهرون ضعفا في المرونة المعرفية كانوا أيضا أقل تعاطفا مع الآخرين (Prigatano, G. P. 1992, 365).

ويبدو أن الآثار غير المباشرة لتلف الدماغ على الاستجابات الانفعالية والدافعية عديدة. فالمصابون بهذه الحالة الذين يفشلون في العديد من المهمات المعرفية والحركية قد يصبحون مكتئبين وقلقين، كما أن مهاراتهم المعرفية والحركية الضعيفة المحدودة قد تتسبب أيضا في عزلتهم الاجتماعية، بالإضافة إلى أنهم قد يصبحون مستثارين بشكل دائم، ولا مبالين بسبب التغيرات النفس اجتماعية المرتبطة بحالة صدمة الدماغ. وهذا يجعل من موضوع تصور مشكلات الشخصية وقياسها لدى المصابين بهذه الحال من الأمور الشائكة والصعبة.

ويتصف المصابون من الراشدين صغار السن عادة بأنهم غير ناضجين أو غير واقعيين ومتهيجين باستمرار ويفتقرون إلى البصيرة وإلى الدافعية الداخلية أو

الموجهة ذاتيا Self- Directed Motivation، كما أنهم غير مستقرين عاطفيا. وغالبا ما يتكلمون ويتصرفون بأسلوب خال من الأصول الاجتماعية المقبولة. كما يفتقر البعض منهم إلى التلقائية وإلى إبداء الاهتمام بما يدور حولهم. وبمضي الوقت فإن البعض يظهر غضبا واكتئابا عاليين. ومن المتوقع أن يعاني معظمهم من العزلة الاجتماعية كما ذكرنا.

ومن أهم الدراسات التي أجريت للتعرف على الآثار النفسية لإصابة الدماغ دراسة العالمة «طومسين» (Thomsen) التي تتبعت حوالي أربعين مصابا بهذه الإصابة لمدة تراوحت بين ٤-٥ أشهر بعد الصدمة. وقد رصدت الآثار النفسية للإصابة بعد سنتين ونصف سنة ثم بعد فترة أطول من ١٠-١٥ سنة بعد الإصابة الدماغية وقد تبين لها:

- لم تتغير الشكاوى من اختلالات الذاكرة بمضي الزمن، فالتلف في الذاكرة غير قابل للتحسن في هذه الحالة المرضية؛ لأن التلف الدماغي الناتج عن الإصابة يعكس عطبا دماغيا ثابتا إلى حد كبير.
- تفاقمت المشكلات السلوكية وزادت بمرور الزمن مما يعكس تفاعلا معقدا بين المرض العصبي الذي يتوسط الاضطراب الانفعالي وردود فعل المريض نحو العوامل البيئية.
- الاستقرار النسبي في بعض جوانب الحالة الانفعالية للمريض. فلقد زادت حالات القلق وعدم الارتياح والتهيج، وعدم التلقائية A spontaneity بشكل ضئيل وبنسبة زيادة ١٠٪ فقط. وهذا ما يصور الإعاقات ذات المنشأ العصبي والتي بقيت ثابتة ومستقرة عبر الزمن ومع تغير الأوضاع البيئية.
- الشعور المتزايد بالتعب والإنهاك ونقص الاهتمام بما يجرى في البيئة المحيطة والحساسية الزائدة للأمور المزعجة والمحزنة، وبنسبة زيادة تراوحت من ٢٢٪ - ٤٠٪. وهذا ما يعكس صعوبات تفاعلية معقدة بين الأوضاع المرضية واستجابات المريض نحو الظروف البيئية.
- الاستمرارية والزيادة النسبية في حالة العزلة الاجتماعية بنسبة ١٥٪ بعد مضي سنتين ونصف السنة أو بعد مضي فترة طويلة نسبيا من الزمن تراوحت بين ١٠-١٥ سنة من الصدمة الدماغية، مما يؤكد أن العزلة

الاجتماعية تعتبر مشكلة سلوكية طويلة الأمد وواسعة الانتشار بين أصحاب الصدمة الدماغية (Thomsen, 1984, 260-268).

القسم السابع

مقاييس التأهيل لإصابات الدماغ الصادمة

يجب على الأخصائي النفسي الذي يعمل في وحدات معالجة إصابات الدماغ الصادمة أن يكون ملما بالعديد من المقاييس والاختبارات في هذا المجال، وذلك من أجل تقديم تفسيرات وتنبؤات صادقة ومفيدة فيما يتعلق بالأوضاع الوظيفية الأدائية للمصاب ولتحديات النتائج المستقبلية. ومن أهم هذه المقاييس:

أ- مقياس جلاسجو لقياس الغيبوبة: Glasgow Coma Scale (G.C.S.)

وهو من إعداد «تيديل» و«جانيت» Teadale & Jannett عام ١٩٧٤. ويقيِّم هذا المقياس استجابات المريض السلوكية من خلال حركة العين والوظائف الحركية والنطق Vocalization and Motor Functions

وتتراوح الدرجة الكلية على هذا المقياس من ٣-١٥ درجة. وتشير الدرجة المنخفضة إلى العمق المتزايد في نقصان الوعي Increased Depth of Unconsciousness وبينما تمثل الدرجات من ١٣-١٥ درجة الإصابة الخفيفة Mild Injury وتمثل الدرجات من ٩-١٢ درجة الإصابة المعتدلة، وتمثل الدرجات من ٨ فأقل إلى الإصابة الشديدة Severe Injury. ويعتبر هذا المقياس (GCS) أداة قياس دقيقة وشاملة للتنبؤ بالنتائج المحتمل حدوثها بعد مضي ستة أشهر على إصابة الدماغ.

ب- مقياس جلاسجو لقياس النتائج: Glasgow Outcome Scale (G.O.S.)

وهو من إعداد جانيت، بوند Jannett & Band, 1975. ويوفر هذا المقياس تقييما شاملا للنتائج. ويتم تقدير الأفراد في مدى يتراوح من ١-٥ درجات وتمثل الدرجات الحالات الآتية:

الدرجة ١ وتشير إلى الموت.

الدرجة ٢ وتشير إلى حالة خمول مستمر.

الدرجة ٣ وتشير إلى حالة الإعاقة والعجز الحاد.

الدرجة ٤ وتشير إلى حالة الإعاقة المتوسطة.

الدرجة ٥ وتشير إلى الشفاء الجيد.

ويستخدم اختبار جلاسجو لقياس النتائج (G.O.S.) بشكل واسع في المجال، ويرتبط باستخدامات وتطبيقات مقياس الغيبوبة (G.C.S.) واختبار فقدان الذاكرة ما بعد الصدمة (PAT) في قدرتها على التنبؤ بالنتائج المستقبلية لحالة المصاب.

ج- اختبار جالفيستون للتوجه وفقدان الذاكرة:

Galveston Orientation and Amnesia Test (GOA.)

وقد أعد هذا الاختبار ليفين وآخرون، ١٩٧٩ (Levin, et.al, 1979). وقد صمم الاختبار ليكون أداة أكثر موضوعية ودقة في التأكد من وجود النقصان وعمق هذا النقصان في ذاكرة ما بعد الصدمة (PTA). ويطلب عادة في هذا الاختبار من المريض أن يعطي معلومات تفصيلية تتعلق ليس فقط بالتوجه الزماني Temporal Orientation (مثل اليوم والتاريخ والمكان والوقت خلال النهار أو الليل)، ولكن عليه أيضا أن يقوم باستدعاء حادثة الصدمة بما فيها من أحداث ووقائع تفصيلية مباشرة قبل وبعد الحادث.

د- مقياس الاستقلالية الوظيفية: Functional Independence Measure (FIM)

وهو من إعداد هاميلتون وآخرون (Hamilton, et. al 1987) ويتألف من ١٨ عبارة صممت لقياس الاستقلالية الوظيفية بمعزل عن أية إعاقة معينة. ويقسم المقياس إلى مقياسين فرعيين.

المقياس الحركي Motor Measure: ويتضمن قياس وظائف العناية بالذات Self- Care والسيطرة العضلية Sphincter control والتحركية Mobility (القابلية للتحرك والانتقال).

المقياس المعرفي Cognitive Measure: ويتضمن قياس وظائف التواصل والتوافق الاجتماعي النفسي Psychosocial Adjustment والوظائف المعرفية.

هـ- استبيان التكامل والاندماج مع المجتمع

Community Integration Questionnaire (CIQ)

والاستبيان من إعداد ويلر وآخرون Willer, et. Al 1993: وقد طور هذا الاستبيان لتقييم درجة الإعاقة التي يدركها الفرد المصاب بصدمة الدماغ على ضوء

عودته للعيش في مجتمعه الأصلي. وهو عبارة عن ١٥ عبارة يمكن تقسيمها إلى ثلاثة مقاييس فرعية:

- الاندماج في المنزل Home Integration
- الاندماج الاجتماعي Social Integration
- الإنتاجية Productivity

وقد برهن هذا المقياس على قدرته على قياس نوعية الحياة المتوقعة للمصاب ومستوى أدائه الاجتماعي والوظيفي. (Rosenthal & Ricker, 2002)

القسم الثامن

تأهيل إصابات الدماغ الصادمة

أ- مقدمة في الاعتبارات العامة في تأهيل إصابات الدماغ الصادمة:

كثيرا ما تكون الإعاقات والتكاليف المرتبطة بها مثل إصابات الدماغ الصادمة مستترة حيث لا يكون الناجون من تلك الإصابات يحملون أدلة مادية على إصابتهم. وبالرغم من ذلك فإن نتائج هذه الإصابة قد تغير من حياة المصاب بصورة قاسية ودائمة مؤدية بذلك إلى تفكك الأسرة، وخسائر في الدخل، وتحمل نفقات باهظة مدى الحياة.

وتمثل إصابات الدماغ الصادمة طيفا عريضا ومتنوعا Varied Spectrum من الآفات والجروح والعيوب التي تؤدي إلى الكثير من احتمالات العجز والإعاقة. هذا بالإضافة إلى أن الأشخاص غالبا ما يتمتعون بمجموعة من القدرات المختلفة وبأوضاع نفسية واجتماعية مختلفة قبل وقوع الإصابة. ولهذا فإن أهداف التأهيل يجب أن تكون شاملة وطويلة الأمد وموضوعة لكل مصاب ناج ولأسرته بصورة تفردية (Individualized). من حيث إن جميع برامج التأهيل -كما سبق الإشارة إلى ذلك- تهدف إلى مساعدة المصاب على تحقيق أقصى درجة من استرجاع مستوى الأداء السابق والعودة إليه.

وطالما أن الإطار الزمني للتحسن يكون طويلا -طوال العمر- فإن استمرارية الرعاية التأهيلية تعد واحدة من أهم الأهداف الواجب تحقيقها عند تأهيل الأشخاص المصابين (TBI). وعادة ما تتحمل الأسرة هذا العبء وتأخذ على

عاتقهــا الكثير من المسئوليــات الخاصة بهذه الرعاية المتــواصلة، ولكن مع ذلك فإن درجة من الاتصال بالخدمات الطبية والتأهيلية غالبا ما تكون واجبة وضرورية طوال مدة حياة المصاب.

ب- فريق تأهيل إصابات الدماغ الصادمة:

يضطلع على عمليــات التأهيل لمصابي (TBI) على نحو شامــل ودقيق فريق عمل للتأهيل Rehabilitation Team مؤلف من عدد من الأخصائيين المنتسبين إلى تخصصات مختلفة يعملون بشكل متكامل وفق المدخل البيني في تقديم الخدمات. ويمثل فريق التأهيل لإصابات الدمــاغ الصادمة تمثيلا جيد للفــريق البيني المتخصص Specialized Interdisciplinary Team. ويذكر «كان»، و«باجــولي»، و«كايرون» أن فريق التأهيل يتكون من:

* المريض وأسرته	* Patient and Patient's Family
* ممارس عام	* General Practitioner
* طبيب التأهيل	* Rehabilitation Medicine Physician
* ممرضة التأهيل	* Rehabilitation Nurse.

* المهنيين المرتبطين بالجوانب الصحــية: أخصائي العلاج الطبيــعي، معالجي العمل، أخصائيي أمراض الكلام، أخصائيين اجتماعيين.

* Allied Health Professionals: Physiotherapists, Occupational Therapist, Speech Pathologist, Social Worker.

* أخصائي نفسي عصبي، أخصائي نفسي كلينيكي

* Neuro Psychologist, Clinical Psychologist

* خدمات التأهيل المهني والمرشدين النفسيين

* Vocational Rehabilitation Services, and Counselors.

* أخصائيين طبيين آخــرين، أخصائيي جراحة أعصاب، أخــصائيي جراحة عظام.

* Other Medical Specialties: Neurosurgery, Orthopedic Surgery. (Khan, Baguley & Cameron, 2003).

ج- مراحل تأهيل إصابات الدماغ الصادمة:

يتألف تأهيل إصابات الدماغ الصادمة من مرحلتين وهما:

- تأهيل المرضى داخل المستشفيات In Patient Rehabilitation
- تأهيل المرضى في المجتمع Community Rehabilitation

وفيما يلي نبذة عن كل من هاتين المرحلتين:

ج/١ تأهيل المرضى داخل المستشفيات:

ويكون هذا التأهيل ضـروريا للمرضى الذين يكونون في حالة يعانون فـيها الكثير من الإعـاقات الجسمية والمعـرفية و/ أو السلوكية الشديدة. ويكون الـتركيز على قضايا مثل مراقبـة تضرر ذاكرة ما بعد الصدمة (PTAS) وإعادةالتدريب على الأنشطة الحيـاتية اليومية وضبط الألم والتحكم فـيه، وتوفيـر العلاجات المعرفـية والسلوكية وضبط استخدام الأدوية والتقنيـات المساعدة كوصفات الكراسي المتحركة ومساعـدات ومعينات المشي والتناول السيـئ بما يناسب الوضعية الخـاصة بالمصاب كإدخـال المصاعـد للمباني والانحـدارات والدرابزين Ramps and Rails وإحداث التغـييرات في الحـمام لتسـهيل اسـتخدام المصاب بالإضـافة إلى تقديم الخـدمات الإرشادية التعليمية للأسرة.

كـما يتطـلب الأمر بالنسـبـة للعـديد من المرضى والمصابـين بهذه الإصـابة الاستعانة بخدمـات التأهيل للصدمات المصاحبة كالكسور. وقـد يحتاج الأشخاص ذوو الإصابات المأساوية وصفات لتجهـيزات رئيسية مثل الرافعات Hoists لتسهيل انتقال المريض، والتعديلات في السيارات كتـركيب مقاعد خاصة، والتعديلات في بيئة المنزل (مقابض للمسك) وأرضية لا يتزحلق عليها المصاب. كما يحتاج المصاب أن يتدرب على أنشطة الحياة اليومية المرتبطـة بالمنزل والمجتمع (مثل المهمات المنزلية كالغسيل ومهارات الحياة في المجتـمع كقطع الشوارع ومراجعة البنك) ويمكن تنفيذ هذه التدريبـات بواسطة برامج تأهيل المرضى خارج المسـتشفى أو من خلال الحـياة الانتـقـاليـة Transitional Living Unit حـيث يكون المرضى قـادرين على إدارة حياتهم بأنفسهم تحت الإشراف الطبي المتخصص.

ج/٢ تأهيل المرض في المجتمع:

ويأتي دور التأهيل في المجتمع بعد مغادرة المريض أو المصاب المستشفى وانتهائه من الاستفادة من خدمات التأهيل داخل المستشفى. وتعد مساعدة المصاب بحالة (TB1) على العودة إلى درجة معقولة من الاستقلالية والمشاركة الفعالة في المجتمع مهمة صعبة. ويعد الدعم الأسري وتوفير التعليم والإرشاد النفسي مكونات أساسية. ومن المحتمل أن تستمر هذه المساعدة إلى فترة طويلة جدا. هذا ولا تكون الظروف مواتية لتقديم هذه الخدمات على المستوى المطلوب دائما، وفي مقدمة الظروف غير المواتية والتكاليف المالية الباهظة من ناحية وعدم توافر الخدمات المجتمعية من ناحية أخرى. وعلى كل حال فإن هذه الخدمات تقدم تحت شعار تقديم أفضل خدمة ممكنة في حدود الإمكانيات والظروف المتاحة.

د- مستويات إصابة الدماغ الصادمة:

ليست كل الإصابات بالطبع على درجة واحدة، أو على مستوى واحد من الخطورة أو من العطب Impairment ومن درجة العجز Disability التي تترتب على هذا العطب. ولذا فهناك الإصابات البسيطة (Mild) وهناك الإصابات المتوسطة (Moderate) وهناك الإصابات الشديدة (Severe). وفيما يلي إشارة إلى كل من هذه المستويات:

د/١ إصابات الدماغ الصادمة البسيطة:

يقدر بأن ما يزيد على ثلاث أرباع الإصابات (٧٠٪ - ٨٥٪) يقع في فئة الإعاقة البسيطة. وفي حين أن هؤلاء المرضى نادرا ما يطلبون خدمات التأهيل داخل المستشفيات إلا أنهم غالبا ما يخبرون تغيرات معرفية وسلوكية يشفون منها خلال مدة تتراوح بين ٣-٦ شهور، مع بقاء ١٠٪- ١٥٪ من المرضى في الأمد الطويل يعانون من أعراضهم. وهناك نسبة غير قليلة من مصابي هذا المستوى يعانون من زملة ما بعد الارتجاج والصدمة الدماغية المستمرة Persisting Post-Concussion Syndrome، والتي تتألف من شكاوى جسمية تتضمن الصداع والألم العنقي والتغيرات في المذاق والسمع وصعوبات الانتباه والذاكرة وحدة الطبع المستمرة والأرق وصعوبات النوم.

وقد تتأثر علاقات المصاب أو المريض الاجتماعية كما يتأثر مستوى أدائه للعمل من مختلف جوانبه ورغم أن قدر الإصابة هنا طفيف أو بسيط إلا أن أوجه العجز المختلفة التي يقابلها المصاب في مختلف جوانب حياته الأسرية والمهنية والاجتماعية ليس قليلا. ويتضمن التأهيل علاج المريض بطمأنته وتوفير الدعم النفسي له ولأسرته (Ponsford, Willmott, Rothwell, et. al 2000).

د/٢ إصابات الدماغ الصادمة المتوسطة والشديدة:

يظهر على المرضى من هذين المستويين (المتوسط والشديد) العديد والمتنوع من الآثار. وبصورة ما يكون من الصعب التنبؤ بحالة هؤلاء المصابين من هذين المستويين خاصة بعد حدوث الإصابة مباشرة. ومع ذلك فأحيانا ما ينجح العديد من المرضى من الذين تبدو إصابتهم شديدة، ويكون المآل لديهم غير حسن، بل والذين يبدو مستقبلهم مأساويا في العودة ثانية للوظائف التنافسية. وبعضهم يمكنه أن يتحرك بصورة مستقلة ويكون قادرا جسديا -وإن لم يكن عقليا كذلك في بعض الحالات- على العناية بالذات والمعيشة الأقرب إلى الحياة الطبيعية في المجتمع.

ويعتبر تحديد مجموعة الإعاقات المعرفية والسلوكية والجسمية خطوة أولى مهمة لوضع أهداف التأهيل. كما أن وضع أولويات الأهداف يجب أن يتم بمساعدة وبالتنسيق مع المريض وأسرته. وغالبا ما تصبح حالة المريض أسوأ إذا لم يتوافر له الدعم، أو عندما يكون هذا الدعم غير مناسب، أو لا يتضمن العاطفة والتقبل مهما ارتفعت كفاءة ونوعية برنامج التأهيل.

هـ- العجز الاجتماعي Social Disability:

تؤدي مجموعة الإعاقات التي يصاب بها المريض بإصابة الدماغ الصادمة إلى درجة بالغة من العجز الاجتماعي مقارنة بحالته فيما لو كان يعاني من إعاقة منفردة. ويمكن للتقييمات العصبية النفسية أن تساعد كثيرا في رسم ووصف درجة العجز ونوعه، والإعاقة المعرفية -على وجه الخصوص- التي يعاني منها المريض. ويمكن استخدام هذه المعلومات للمساعدة على تطوير استراتيجيات تعويضية تفريدية (خاصة بفرد معين).

وقد تتطلب حالة المريض إعادة التدرب على الكثير من مهارات الحياة المجتمعية والواجبات المنزلية والأسرية، ومهارات الاتصال والتواصل (الكتابة والقراءة واستخدام التليفون)، وإدارة الشئون المالية الشخصية، وتنظيم الوقت، وقيادة السيارات، واستخدام وسائل النقل العامة بالإضافة إلى المهارات الاجتماعية. فإصابات الدماغ الصادمة قد تؤثر على كفاءة المريض في اتخاذ قرارات مالية، وفي الانصياع للأوامر الطبية، وفي إصدار العقود الرسمية والتوقيع عليها. وقد تستلزم حالة المريض تعيين حارس أو مرافق لمساعدته والإشراف عليه في بعض المواقف الخاصة.

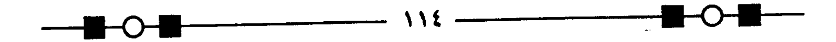
و- إعادة التدريب وإعادة التمرس Retraining and Reskilling

تعتبر العودة إلى العمل عاملا مهما يسهم في رفع معنويات المريض وزيادة رضاه عن نفسه وعمن يحيط به من أشخاص وظروف، ويؤثر -بالتالي- على مستقبله ونوعية الحياة التي سيعيشها. وعند بدء عودة المريض للمجتمع يكون أقل وعيا وشعوراً بإعاقته المعرفية. وقد يفشل أو يكون أداؤه ضعيفا إذا أجبر على العودة إلى العمل أو الدراسة أو تحمل مسئولية الأعمال المنزلية بصورة مبكرة وقبل الأوان. وقد تتضمن الخيارات والبدائل المهنية والخاصة بأوقات الفراغ إعادة التدريب وإعادة الإتقان والتمرس على المهام الوظيفية السابقة أو ضرورة الاستفادة من خدمات التوظيف الداعمة.

ز- المعالجة والتدبر السلوكي Behavioral Management

قد تؤدي التغييرات السلوكية التي تحدث لمصاب (TBI) إلى عزله بعيدا عن أفراد أسرته وأصدقائه، حيث تنظر بعض الأسر في بعض الأحيان للمريض وتعتبره شخصا غريبا ومتعبا Difficult Stranger. وغالبا ما تؤدي السلوكيات غير التوافقية التي يظهرها المريض -وبصورة خاصة العدوان وإساءة استخدام العقاقير أو الكحول أو الافتقار إلى التعاطف- إلى توتر واستنزاف Strain العلاقات مع الآخرين الذين ينظرون إلى المريض ويعتبرونه شخصا كسولا خاملا لا يملك أي درجة من الدافعية.

وقد يؤدي الجهل والإدراك الخاطئ الذي قد يسيطر على علاقة الأسرة بالمريض، أو على زملاء العمل وأخصائي الرعاية الصحية بشأن الآثار الخاصة



لإصابات الدماغ الصادمة على المريض إلى تفاقم أمور المريض السلوكية وجعلها أسوأ. ومن هنا فإن التأهيل السلوكي والمعالجة والتدبر السلوكي يبدو أمرا ضروريا وحتميا لزيادة الاستقلالية والتقليل من السلوك الاجتماعي غير المتوافق كالتهيج واستثارة الآخرين وحدة الطبع ونوبات الشجار الفجائية والكسل واللامبالاة، بالإضافة إلى اللغة الشاذة أو القاسية وأحيانا النابية.

ح- العلاج بالعقاقير Drug Therapy

تعتبر الأدوية مفيدة في بعض الأحيان لمعالجة النتائج المترتبة على إصابات الدماغ الصادمة، وبصورة خاصة ما يتعلق باضطرابات المزاج (Mood Disorders) كالاكتئاب والقلق. وغالبا ما يصاحب عملية إعادة اكتساب التبصر Regaining Insight بالتغيرات التي نجمت عن حالة (TBI) بازدياد وارتفاع الأعراض الاكتئابية لدى المريض المصاب. ويعد الاكتئاب اضطرابا شائعا يلي إصابة (TBI) وتتراوح نسبة الإصابة به بين ١٠٪ - ٦٠٪ Joseph & Wroblewski 1995، كما أن التفكير المتزايد بالانتحار يعد من المظاهر الاضطرابية الشائعة التي قد تسيطر على مريض (TBI) لعدة سنوات بعد الإصابة.

وتعد مضادات الاكتئاب الأحدث New Antidepressants عقاقير مفيدة في مواجهة الأعراض النفسية المصاحبة لإصابات الدماغ الصادمة ومثلها كذلك مثبتات المزاج Mood Stabilizers حيث تفيد في التقليل من اضطرابات عدم التحكم في الغضب الذي يظهره المرضى في بعض الأحيان. وعندما تكون هناك حاجة للأدوية المضادة للاضطراب والتشنج فإن بعض الأدوية مثل فينيتوين Phenytoin لا ينصح باستخدامها نظرا لآثارها وتأثيرها السلبي الضار على الوظائف العقلية والمعرفية، لكن يمكن استخدام أدوية مثبتات المزاج.

كما تعتبر الأدوية المنشطة لمادة الدوبامين والمحفزات النفسية Psycho stimulant من الأدوية المفيدة في مختلف الزملات الخاصة بما بعد الإصابة بإصابات الدماغ الصادمة. وعلى أية حال فإنه وكما يتبع عادة لدى صرف جميع الأدوية النفسية Psychotropic يجب اتباع الحرص والعناية لمراقبة الخطر المتزايد المحتمل للإصابة بالتشنجات.

مراجع الفصل الثالث

1- American Psychiatric Association. (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.

2- Americans With Disabilities Act (ADA) of 1990. (1990): The Americans with disabilities act (ADA): 1990-2002. Retrieved April, 11, 2005 from http://www.eeoc.gov/ada.

3- Anthony, W.A., Cohen, M.R. and Farkas, M.A. (1990). Psychiatric rehabilitation. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.

4- Arieti, S. (1967): Schizophrenia, Other Aspects Psychotherapy in Arieti, (Ed.) American Handbook of Psychiatry, Basic Books, Inc. N.Y.

5- Atkinson, M., Zibin, S., and Chuang, H. (1997): Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: A critical examination of the self-report methodology. American Journal of Psychiatry, 154, 99-105.

6- Becker, D.R., and Drake, R.E. (1993): A Working Life: The Individual Placement and Support (IPS) Program. Concord: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.

7- Becvar, A. and Becvar, R. (1988): Family Therapy, Asystematic Introduction, Allyn and Bacon, Inc.

8- Bell, K.R. and Sandell, M.E. (1998): Brain Injury Rehabilitation Post acute Rehabilitation and Community Integration Arch. Phys. Med. Rehabil., 79, 521-525.



9- Bond, G.R. (1999): Psychiatric disabilities. In M. G. Eisenberg, R.L. Glueckauf, and H.H. Zaretsky (Eds.), Medical aspects of disability: A handbook for the rehabilitation professional (rev. ed., pp. 412-434). New York: Springer.

10- Bond, G.R. and Resnick, S.G. (2002): Psychiatric Rehabilitation. In R. G. Frank and T.R. Elliott (Eds.). handbook of rehabilitation psychology (pp. 235-250). Washington, DC: American Psychological Association.

11- Canan, R.A., blankertz, L., Messinger, K.W. and Gardner, J.R. (1990): Expert's assessment of psychosocial rehabilitation principles. Psychosocial Rehabilitation Journal, 13, 59-73.

12- Carling, P.J. (1993): Housing and supports for persons with mental illness: Emerging approaches to research and practice. Hospital and Community Psychiatry, 44, 439-449.

13- Dilk, M.N. and Bond, G.R. (1996): Meta-analytic evaluation of skills training research for individual with severe mental illness. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 1337-1346.

14- DiMattia, D. (1989): Forward of Huber, C. and Baruthy: Rational - Emotive Family Therapy, Springer Publishing Company, N.Y.

15- Dincin, J. (1975): A pragmatic approach to psychiatric rehabilitation: Lessons from Chicago's Thresholds program. New Directions for Mental Health Services, 68 (Whole Issue).

16- Drake, R.E. (1998): A brief history of the Individual Placement and Support Model. Psychiatric Rehabilitation Journal, 22, 3-7.



17- Drake, R.E., and Sederer, L.I. (1986): The adverse effects of intensive treatment of chronic schizophrenia. Comprehensive Psychiatry, 27, 313-326.

18- Engstorm, K., Brooks, E.B., Jonikas, J.A., Cook, J.A. and Witheridge, T.F. (1992): Creating community linkages: A guide to assertive outcome for homeless persons with severe mental illness. Chicago: Thresholds.

19- Farkas, M.D., O'Brien, W.F., and Nemec, P.B. (1988): A graduate level curriculum in psychiatric rehabilitation: Filling a need. Psychosocial Rehabilitation Journal, 12, 53-66.

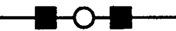
20- Fortune, N. and Wen, X. (1999): The Definition Incidence and Prevalence of Acquired Brain Injury in Australia Canberra. Australian Institute of Health and Welfare. (Catalouge Dis. IS).

21- Gehrs, M., and Goering, R. (1994): The relationship between the working alliance and rehabilitation outcomes of schizophrenia. Psychological Rehabilitation Journal, 18, 43-45.

22- Gill, K.J., Pratt, C.W. and Barrett, N. (1997): Preparing Psychiatric Rehabilitation Specialists through undergraduate education. Community Mental Health Journal, 33, 323-329.

23- Joseph, A.B. and Wroblewski, B. (1995): Depression, Antidepressants and Traumatic Brain Injury. J. Head Trauma Rehabil, 10, 90-95.

24- Katz, D.I. (1992): Neuropathology and Neurobehavioral Recovery From Closed Head Injury.. J. Head Trauma Rehabil, 7, 1-15.



25- Ktan, F., Baguley, I.J. and Cameron, I.D. (2003): Rehabilitation After Traumatic Brain Injury. The Medical Journal of Australia, 178 (61, 290-295).

26- Olver, J.H., Ponsford, J.L., and Curran, C.A. (1996): Outcome Following Traumatic Brain Injury: a Comparison Between 2 and 5 years after Injury Brain Injury, 19, 841, 848.

27- Ponsford, J.L., Willmott, C., Rothwell, A. (2000): Factors Influence Outcome Following Mild Traumatic Brain Injury In Adults. J. Int. Neuropsychol. Soc. 6, 568-529.

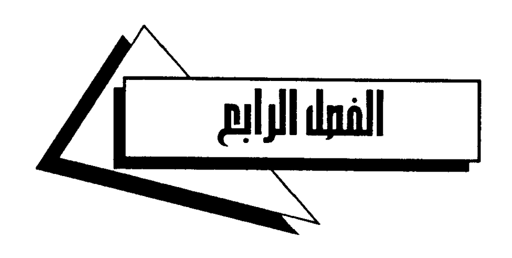
28- Prigatano, George, P. (1992): Personality Disturabances Associated with Traumatic Brain Injury, J. of Counsulting and Clinical Psychology, June Vol., 60, No. 3, pp 360-368.

29- Rosenthal, M. and Ricker, J. (2002): In Frank, G. and Elliot, Timothy R. (Eds) Handbook of Rehabilitation Psychology. pp 49-56, APA.

30- Thomsen, I.V. (1984): Late Outcome of Very Severe Blunt Head Injury. A Ten to Fifteen Year Second Follow up. J. of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 47, 260-268.

☺☺☺☺☺☺





حالات السكتة الدماغية

- تقديم وتعريف
- الاضطرابات النفسية العصبية الناتجة عن السكتة الدماغية
- أسباب السكتة الدماغية
- السكتة الدماغية وبعض العوامل الديموجرافية
- نظريات الشفاء من السكتة الدماغية
- بعض المتغيرات التي تراعى في برنامج تأهيل حالات السكتة الدماغية
- تأهيل إصابات السكتة الدماغية



الفصل الرابع

حالات السكتة الدماغية

القسم الأول

تقديم وتعريف

تشكل السكتة الدماغية Stroke السبب الرئيسي للإصابة بالشلل Paralysis. ويمثل الناجون من هذه الحالة أكبر مجموعة مرضية يتم إحالتها إلى مستشفيات التأهيل. ويقدر أن ثلثي مرضى السكتة الدماغية يعانون من نتائج مقيدة ومحددة لأنشطتهم الوظيفية الرئيسية Major Functional Activities، مما يضع السكتة الدماغية في مصاف الأسباب الرئيسية للإعاقات المنتشرة بين الراشدين.

ومع الزيادة المطردة في إعداد كبار السن فإن هذه الإصابة ستبقى وستستمر كمشكلة صحية واسعة الانتشار في القرن الواحد والعشرين. وتعتبر السكتة الدماغية -حسب الإحصاءات في العديد من البلدان- السبب الثالث المؤدي إلى الموت والإعاقة لدى كبار السن.

وتستلزم عملية التقييم Assessment والتدخلات العلاجية Intervention المتبعة مع الناجين من هذه الإصابة مدى واسعا من المعرفة والمهارة بما يتناسب والنتائج السلبية العديدة الناجمة عن هذه الإصابة أو الحادثة العصبية Neurological Event. ويجب على أخصائيي السكتة الدماغية النفسيين Stroke Psychologists أن يلموا بشكل دقيق بكل من التأهيل النفسي العصبي .Neuropsychological R والتأهيل التقليدي .Traditional R مثل التدريب على التحكم بالتوتر من أجل مساعدة المرضى، وأيضا تدريب أقارب المرضى وأعضاء أسرهم، بل وأعضاء الفريق المعالج للتعامل مع ما يترتب على السكتة الدماغية من النتائج المعرفية والانفعالية والجسمية والاجتماعية والمهنية.

وتعرف السكتة الدماغية بأنها «خلل وظيفي عصبي حاد» An Acute Neurological Dysfunction يحدث في أجهزة الأوعية الدموية Vascular Origin يصاحبها حدوث مفاجئ وسريع (خلال ثوان قليلة) لأعراض وإشارات مرتبطة بالمناطق البؤرية في الدماغ Focal Areas of the Brain. كما يطلق على السكتة

الدماغية مـصطلح «الجلطة أو النوبة الدماغية» Brain Attack وذلك لتمييزها عن الجلطة القـلبـيـة. وكلتـا الحـالتين تنجـمـان عن عـمليـات تصلـب الشـرايين Atherosclerotic Processes[1].

القسم الثاني

الاضطرابات النفسية العصبية الناتجة عن السكتة الدماغية

وسنلـخص أهم الاضطرابات النفـسيـة العـصبـيـة التي تتـرتب على السكتـة الدماغـيـة في جدول تجميعا لهذه البـيانات التـفـصيليـة العديدة وتصنيفا لها في فئـاتها الكبـرى. وفي الجـــدول رقم ٤-١ البـيـانات الأساسـيـة الخـاصـة بالاضطرابات النفـسـيـة العـصبـيـة Neuropsychological Disorders مصنـفة في فئـات مع الإشارة إلى الجزء من الدماغ المرتبط بهـــذا الاضطراب أو المسئول عنه.

شكل (٤-١)

السكتة الدماغية تنتج عن تعذر وصول الاكسجين إلى جزء من الدماغ

(١) وهناك تعريف معجمي للسكتة الدماغية Stroke بأنها نوبة مفاجئة شديدة، وخاصة السكتة الوعائية الدماغـيـة التي ترجع إلى نزف في وعـاء الدم في الدماغ أو سـدادة دموية أو جلطة تسـد شريانا في الدماغ. وكل من هذين النوعين من السكتـة يحرم نسيج المخ من الأكسجين ومن التـغذية مما يحدث خسارة في الأداء الوظيفي السـوي أو الطبيعي. (جابر، كفافي: مـعجم علم النفس والطب النفسي. الجزء السابع ١٩٩٥، ٣٧٥٥).

جدول (٤-١)

الاضطرابات النفسية العصبية الناتجة عن السكتة الدماغية

الزملة المرضية Syndromes	الجزء الدماغي المرتبط بالزملة او المسئول عنها Structure Involved
الفئة الأولى: زملات نصف كرة الدماغ السائدة: **Dominant Hemisphere Syndromes**	
أ- الحبسة Aphasia نقصان القدرة على إنتاج اللغة والكلام، وتضم:	
١- الحبسة التعبيرية (بروكا) Broca's (Expressive) Aphasia عدم الطلاقة في الكلام وضعف التلفظ مع شمولية الفهم والإدراك.	- نصف الدماغ الأيسر
٢- الحبسة الاستقبالية (ورنيكه) Wernicke's (Receptive) Aphasia طلاقة لغوية مع فقدان للمضمون وضعف الفهم والإدراك.	- الفص الصدغي الخلفي الأيسر
٣- الحبسة التوصيلية Conductive Aphasia: طلاقة لغوية وفهم دقيق مع تكرار سيئ وصعوبة في مدى الذاكرة السمعية واللفظية.	- الفص الجداري الدماغي
٤- الحبسة الشاملة Global Aphasia: ضعف أساسي في كل من الوظائف اللغوية والتعبيرية والاستقبالية.	- نصف الدماغ الأيسر
٥- الحبسة الضعيفة Anemic Aphasia: عجز في إنتاج الكلمات مع طلاقة لغوية وفهم وتكرار جيد.	- نصف الدماغ الأيسر
ب- العجز القرائي النقي Pure Alexia: عجز في عمليات القراءة والتصور، بحيث إن الجوانب الإدراكية للكلمة لا يمكن تطابقها مع التصورات الخارجية للكلمة.	- نصف الدماغ الأيسر الخلفي

تابع جدول (٤-١)

الاضطرابات النفسية العصبية الناتجة عن السكتة الدماغية

الزملة المرضية Syndromes	الجزء الدماغي المرتبط بالزملة أو المسئول عنها Structure Involved
جـ- العجز الكتابي Agraphia: اضطراب في الكتابة والتهجئة. وقد تمتد لتشمل العجز في القراءة Alexia.	- نصف الدماغ الأيسر الخلفي، التلفيفة الركنية
د- الحبسة الحركية Apraxia: عدم القدرة على القيام بحركات متسقة لكن ليس بسبب الضعف الجسمي أو فقدان الإحساس Sensory Loss أو الرجفة والارتعاش Tremor.	- نصف الدماغ الأيسر
١- الحبسة الفكرية الحركية Ideomotor Apraxia: صعوبة القيام بأفعال تم تعلمها بشكل مفرط، خاصة عند الطلب من المريض القيام بتمثيلها إيمائيا.	- الفص الجداري الأيسر - الجسم الجاسئ الأمامي - اللحاء قبل الحركي
٢- الحبسة التصورية Ideotional Apraxia: صعوبة في القيام بسلسلة من الأعمال لتحقيق هدف.	- الفص الجداري الأيسر
هـ- العجز الحسابي Acalculia: ضعف في القدرة على جمع المسائل الرياضية.	- الفص الجداري الأيسر - التلفيفة الركنية - التلفيفة الهامشية
الفئة الثانية: الزملات الإدراكية والانتباهية: **Perceptual and Attentional Syndromes**	
أ- اللاحسية Agnosia: عدم القدرة جزئيا أو كليا على تمييز الاستثارة الحسية ليس بسبب عجز الإحساس أو ضعفه.	- يختلف المصدر حسب نوعه
١- البصرية Visual: ضعف في تمييز الموضوع البصري.	- مؤخرة الدماغ الصدغية اليمنى أو اليسرى

تابع جدول (٤-١)
الاضطرابات النفسية العصبية الناتجة عن السكتة الدماغية

الزملة المرضية Syndromes	الجزء الدماغي المرتبط بالزملة أو المسئول عنها Structure Involved
٢- السمعية Auditory: عدم القدرة على تمييز الأصوات على الرغم من توفر السمع السليم.	- مؤخرة الدماغ الصدغية اليمنى أو اليسرى.
٣- الحسية- الجسمية Somatosensory: صعوبة في إدراك الموضوعات من خلال الإثارة اللمسية Tactile Stimulation بالرغم من سلامة القدرة الجسمية الحسية.	- الفص الدماغي الجداري.
ب- اضطرابات بصرية مكانية وبنائية Visuospatial and Constructional Disorders: ضعف في استخدام المزايا المكانية للأشياء (مثل علاقات الموقع والاتجاه والمسافات).	- نصف الدماغ الأيمن
١- اضطرابات في الإدراك Disorders of Perception: صعوبة في تحديد مواقع ووصف واستخدام العلاقات بين الأشياء في الفراغ.	- الفص الدماغي الجداري الأيمن
٢- عدم التآزر الحركي البنائي Constructional Apraxia: عدم القدرة على نقل الرسومات أو الأشكال الثلاثية الأبعاد نتيجة الضعف البصري الإدراكي.	- الفص الدماغي الجداري الأيمن
ج- اختلالات إدراك الجسم Body Perception Disturbances: ضعف في المعرفة المتعلقة بتنظيم أجزاء الجسم وعلاقاته المكانية بالأشياء الموجودة في البيئة.	- الفص الجداري
١- عدم تمييز الاتجاهات اليمين- اليسار Right- Left Disorientation: الصعوبة في تمييز الجانب الأيمن من الأيسر للمريض نفسه ولغيره.	- الفص الدماغي الجداري الأيسر

تابع جدول (٤-١)

الاضطرابات النفسية العصبية الناتجة عن السكتة الدماغية

الزملة المرضية Syndromes	الجزء الدماغي المرتبط بالزملة أو المسئول عنها Structure Involved
٢- اللاحسية الذاتية Autopaagnosia : عدم القدرة على تحديد موقع واسم أجزاء الجسم الخاصة بالشخص المريض أو بغيره من الناس.	- الفص الصدغي الخلفي الأيسر
٣- لا حسية الإصبع Finger Agnosia : عدم القدرة على التعرف على الإصبع الخاص بالشخص المريض أو بغيره من الناس.	- الفص الصدغي الخلفي الأيسر أو الأيمن
د- الإهمال Neglect : فشل المريض في تسجيل أو الاستجابة أو التوجه للمثير الموجود في الجانب المعاكس لموقع الصدمة.	- الفص الجداري الصدغي الأمامي الأيمن
١- الإهمال الحسي Sensory Neglect : فشل المريض في الكشف عن المثير الحسي المقدم له في الجانب المقابل لموقع الإصابة.	- الفص الجداري السفلي الأيمن
٢- الإهمال المكاني Spatial Neglect : يجد المريض صعوبة في توجيه الجسم في المكان أو حل المشكلات المتعلقة بالمكونات المكانية نتيجة لإهمال إدراك أحد جانبي المكان.	- الفص الجداري السفلي الأيمن
هـ- أفكار الإعاقة Anosognosia : عدم الوعي بالعجز العصبي أو المرضي	- الفص الجداري الأيمن
الفئة الثالثة: اضطرابات الذاكرة Memory Disturbances	
أ- اختلالات عمل الذاكرة: Working Memory Disturbances يجد المريض صعوبة في الاحتفاظ بالمعلومات في الذاكرة قصيرة الأمد أثناء انشغاله بمهمات إدراكية أخرى.	- قشرة مقدم الجبهة الجانبي الظهري

تابع جدول (٤-١)
الاضطرابات النفسية العصبية الناتجة عن السكتة الدماغية

الزملة المرضية Syndromes	الجزء الدماغي المرتبط بالزملة او المسئول عنها Structure Involved
ب- زملات فقدان الذاكرة Amnestic Syndromes	-الفص الصدغي الأوسط -مقدم الدماغ القاعدي -المهاد البصري
الفئة الرابعة: زملات الفص الجبهي الامامي: **Lobe Syndromes- Frontal**	
أ- زملة عدم الكف Disinhibition : فشل المريض في السيطرة أو الكبح الذاتي للأنشطة الاجتماعية مع تغيرات هائلة في المشاعر، أو أحكام غير منطقية مع عدم بصيرة.	- الفص الجبهي المداري
ب- زملة الوظائف التنفيذية Executive Function Syndrome : عجز في التخطيط والمبادرة والمراقبة والمحافظة على المرونة السلوكية.	- قشرة مقدم الجبهة الجانبي الظهري
ج- زملات اللامبالاة وفتور المشاعر: Apathetic Syndromes تبلد عام في المشاعر ولا مبالاة وفتور في الدافعية والأعمال التلقائية.	- الفص الصدغي الأوسط
الفئة الخامسة: اختلالات في أداء الوظائف الانفعالية: **Disturbances of Emotional Functioning**	
أ- الاضطرابات الانفعالية: تغييرات في الوظائف الانفعالية.	- النصف الكروي الأيمن
ب- اكتئاب ما بعد السكتة الدماغية Post stroke Depression : مظاهر من أعراض الاكتئاب الناجمة عن السكتة الدماغية والتي تعود إلى موقع الإصابة والتلف.	- النصف الأيسر الأمامي - العقد القاعدية - النصف الكروي الأيمن

تابع جدول (٤-١)

الاضطرابات النفسية العصبية الناتجة عن السكتة الدماغية

الزملة المرضية Syndromes	الجزء الدماغي المرتبط بالزملة او المسئول عنها Structure Involved
ج- عدم القدرة على فهم المكونات الانفعالية الموجودة في اللغة	- النصف الكروي الأيمن - التلفيفات الأمامية السفلى - الفص الجداري السفلي الأيمن - التلفيفات الصدغية العلوية.

(Coplan & Moelter, 2002, 86-87.)

القسم الثالث

أسباب السكتة الدماغية

أ- أسباب الإصابة عند الأطفال والشباب:

تتضمن أسباب إصابة الأطفال وصغار السن من الراشدين بالسكتة الدماغية ما يلي:

١- انسداد الأوعية الدماغية Cerebral Embolism

٢- إصابة صدمة للشرايين الخارجية للجمجمة Trauma to Extra- Cranial Arteries

٣- نزيف الألياف الدقيقة الثانوية لغشاء الدماغ Sub- Arachnoids Hemorrhage

٤- فقر الدم في الخلايا المنجلية Sickle Cell Anemia

٥- أمراض الأوعية الدموية Vasculopathy

٦- أمراض التخثر والتجلط الدموي Coagulopathy




٧- انسداد الأوعية الدموية التكوينية — Cardiaogenic Emboli

٨- التهاب المثانة — Homo Cystinuria

٩- وسائل منع الحمل الفمية — Oral Contraceptives

١٠- ولادة الأطفال — Child birth

١١- الإدمان على المخدرات كالكوكايين — Drug Use (Cocaine)

١٢- الأمراض المرتبطة بفيروس نقص المناعة المكتسب

HIV- associated disease

ب- عوامل خطر الإصابة بالسكتة الدماغية:

وتشمل عوامل خطر الإصابة بالسكتة الدماغية لدى المرضى ذوي الأعراض المستترة A symptomatic patients التي لا يلحظها أو تنكشف للمريض نفسه ما يلي:

١- التوتر العالي — Hypertension

٢- أمراض القلب (الانقباض والاختلاج العضلي الخاص بالقلب)

Heart Disease (A trial Fibrillation)

٣- التدخين — Smoking

٤- داء السكري — Diabetes Mellitus (DM)

٥- ارتفاع الفبرنيوجين[1] — Elevated Fibrinogen

٦- زيادة الخلايا الحمراء في الدم — Erythrocytosis

٧- فرط الدسم في الدم — Hyper- lipidemia

٨- نوبات التجلطات العابرة في الدم

Transient Ischemic Attacks (TIA's)

---

(١) الفبرنيوجين Fibrinogen مادة بروتينية في الدم تعمل كعامل من اثنى عشر عاملا لأزمة لتجلط الدم. ويتحول الفبرنيوجين إلى فبرين Fibrin بواسطة أنزيم الترومين. ويتكون الفبرين في المرحلة الأولى من تجلط الدم ويعمل في المرحلة الثالثة والرابعة من مراحل الفعل الكيمائي الذي يستغرق فترة زمنية كلية حوالي خمس دقائق (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث، ١٩٩٠، ١٢٨٢).

ج- عوامل خطر أخرى مرتبطة بالإصابة المتكررة:

كما تتضمن عوامل خطر الإصابة المتكررة بالسكتة الدماغية العوامل الآتية:

١- السكتة الدماغية السابقة

٢- التوتر العالي

٣- أمراض القلب

٤- استهلاك الكحول العالي

٥- داء السكري

د- بعض العوامل والظروف المرتبطة بالإصابة:

١- عادة ما ترتبط الوفاة بعد حدوث السكتة الدماغية بوجود بعض الأمراض الأساسية وبشدة الإصابة والضرر الذي حدث. وتبلغ نسبة معدلات الناجين من الإصابة خلال الثلاثين يوما الأولى لدى المرضى بالاختلال أو الانتهاك الدماغي Cerebral Infraction ٨٥٪ في حين تبلغ ٢٠٪- ٥٢٪ بين مرضى النزيف الداخلي في الدماغ Intracerebral Hemorrhage.

٢- لقد قلل التحكم الأفضل باضطرابات القلب والتنفس من حالات الموت المبكر، وعلى أية حال فإن التوتر العالي وأمراض القلب والسكري تظل عوامل خطر منذرة بعودة حدوث السكتة الدماغية.

٣- تشير حالة فقدان الوعي والغيبوبة (Coma) والتي تعقب الإصابة بالسكتة إلى مستقبل سيئ للحالة، ويعود ذلك لأن حالة الغيبوبة التي تحدث بصورة متكررة في حالات النزيف الدماغي غالبا ما تكون مصحوبة بحالة الخرق الدماغي أو الانتهاك الدماغي Cerebral Infraction بالإضافة إلى الاستسقاء الدماغي Cerebral Edema الأمر الذي يعكس وجود خسارة كبيرة وضررا بالغا (Bruno, et. Al, 2004).

القسم الرابع

السكتة الدماغية وبعض العوامل الديموجرافية

أ- معدلات حدوث الإصابة بالسكتة الدماغية:

تعد السكتة الدماغية الاضطراب العصبي الحاد الأكثر شيوعا في الولايات المتحدة وتعتبر السكتة الدماغية السبب الثالث المؤدي للوفاة بعد أمراض القلب والسرطان (UAB, Health System 2005). وتعتبر السكتة الدماغية من الإصابات الصحية البالغة الأهمية في معظم الدول الأوروبية، بسبب التكاليف الباهظة المرتبطة بها والناجمة عن العلاج المكثف، والمطالب الواسعة للرعاية التمريضية المستمرة. وتعتبر السكتة الدماغية في اليابان وبعض الدول الآسيوية السبب الثاني المؤدي للوفاة لدى المرضى في عمر ٦٥ سنة فأكثر.

وتحدث السكتة الدماغية سنويا بين ما يقارب السبعمائة ألف (٧٠٠,٠٠٠) حالة جديدة أو متكررة. وتحدث بين ٢٨٪ من الحالات عند المرضى تحت سن ٦٥ سنة. وتؤدي السكتة إلى التسبب في العجز والإعاقة بين خمسة ملايين من الناجين منها في الولايات المتحدة. وبالرغم من التحسينات الكبيرة في علاجات الطوارئ للسكتة الدماغية، إلا أن العديد من الناجين منها يصابون بمشكلات وصعوبات وظيفية. ويقدر أن ٣٠٪ من الناجين من السكتة الدماغية يتطلبون بعض المساعدة في قضاء أنشطة الحياة اليومية (ADL)، وأن ٢٠٪ يتطلبون المساعدة في الحركة (Mobility) (Medi focus, 2005).

ب- الوفاة Morbidity / Mortality

١- من الصعب التنبؤ بمعدلات النجاة من الموت بعد الإصابة بالسكتة الدماغية. ولكن أمكن استخلاص المؤشرات الآتية:

الفترة الزمنية	النسبة المئوية لحالات الوفاة
في الأسابيع الثلاثة الأولى بعد الإصابة	من ٢٢٪ - ٢٧٪
خلال السنوات الخمس الأولى	٥٠٪
خلال السنوات الست الأولى	٥٥٪
خلال السنوات العشر الأولى	٦٥٪

٢- يتمتع الأفـراد الذين ينجون خلال فتـرة الإصابة الأولية بتوقعـات جيدة للبقـاء على قيد الحيـاة حيث يبقى ٥٠ ٪ من عدد الناجين في الـفترة الأولى على قيد الحياة بعد مضي خمس سنوات، وهؤلاء الذين يبقون لمدة أكثـر من سنة ونصف بعد الإصـابة يعيشـون تبعـا لمعدلات النوع والعمر. وتقدر معدلات التوقع بالبقاء على قيد الحياة بسبع سنوات بعد الاستفاذة من خدمات التأهيل، يعيش منهم ٣٠٪ حوالي ١١ سنة بعد ذلك.

٣- توصـف حـــالات النـزيف الداخـلي الدمـــــاغي Intra- Cerebral Hemorrhage بأنهـا صاحـبة أعلى مـعدلات للوفـاة بين جمـيع أنواع السكتات الدماغية.

٤- لوحظ أن هناك تراجعا يبلغ قدره ٢٨٪ في حالات الوفاة بعد مرور فترة تتراوح بين ٤ شهـور -١٢شهرا، إذا تمت معـالجة المريض داخل وحدة خاصة بالسكتة الدماغية.

٥- تبلغ نسبة الـوفاة بالسكتة الدماغيـة في الوحدات المتخصـصة في علاج هذه الإصـابة ٢٤,٦٪، بينما تبلغ هذه النسـبة في الوحـدات الطبـية العادية وغير المتخصصة ٣٢,٧٪

ج- النوع والسن:

تكون معدلات حدوث السكتة الدماغية بين الرجال ١٩٪ وهي أعلى مما هي بين النساء في جمـيع الأجناس. أما بالنسبة للسن فالسـكتة الدماغية تعتـبر بصورة رئيسية مـرضا يصيب الأفراد كبار السن، لكن تحدث الإصـابة بنسبة تبلغ ٢٨٪ من الحالات بين الأشخاص الأصغر سنا (الأقل من ٦٥ سنة).

وترتبط نسبة الحدوث بالعـمر بصورة أساسية. فالسكتة الدمـاغية تعد إصابة غير شائعة بين الأشخـاص في سن أقل من ٥٠ عاما، لكن الحدوث يتضاعف في كل عقد بعد سن الخامسة والخمسين، لكن بـعد سن الثمانين عاما قد يكون معدل الحدوث عاليا بنسبة ٢,٥ حالة بين كل ألف (١,٠٠٠) شخص.

ويرتبط أثر السن على النتـيجة الصحـية (الإصابة أو عدم الإصـابة بالسكتة الدماغـية) جزئيا بتكرارات أكـبر للإعاقات الأخـرى المصاحبة. وإذا فـقد المرضى

الكبار الكثير من الوظائف الحركية قبل الإصابة بالسكتة الدماغية فيتوقع حدوث نتائج مرغوبة بصورة أقل، كما أن كبار السن من المرضى غالبا لا يحصلون على العلاج المكثف والرعاية الفائقة التي يحظى بها صغار السن من المرضى. وقد يعود ذلك بسبب عدم قدرة كبار السن على تحمل مشاق التدريبات والأنشطة مما يجعلهم -أي كبار السن من المرضى- مرشحين لمغادرة وإنهاء استفادتهم من برامج التأهيل بصورة مبكرة.

القسم الخامس

نظريات الشفاء من السكتة الدماغية

أ- نظريات أساسية للشفاء:

هناك نظريتان للشفاء Two Theories of Recovery وهما:

- النمو الإضافي Collateral Sprouting للخلايا السليمة في الجزء المصاب من الجسم بعد أن أهدرت بعض أو كل الطاقة البنائية.
- عدم تغطية المسارات والمشتبكات العصبية غير المستخدمة بصورة طبيعية لكن يمكن الاستعانة بها عندما يفشل النظام المسيطر.

ب- ميكانزمات شفاء الوظيفة العصبية:

ويمكن شفاء الوظائف العصبية، واستعادة الأداء الطبيعي أو الأقرب إلى الطبيعي عن طريق الميكانزمات الآتية:

١- تصريف العوامل الموضعية المؤذية والتي تعتبر مسئولة عن التحسن التلقائي المبكر بعد الإصابة بالسكتة الدماغية (خلال الثلاثة شهور إلى الستة شهور الأولى) وتتضمن هذه العمليات تصريف الاستسقاء الموضعي (Local Ademal) والامتصاص ثانية للسموم الموضعية Resorption of Local Toxins والدورة الدموية الموضعية المتحسنة وشفاء النيورونات المتجلطة التي اعترضت تدفق الدم في الشرايين التالفة جزئيا.

٢- المرونة والليونة العصبية Neuroplasticity التي تحدث إما بصورة مبكرة أو متأخرة. وتعرف مرونة الدماغ بأنها قدرة الجهاز العصبي المركزي

على إحداث التكيف والتعديل في تنظيمه البنائي التركيبي والوظيفي. ويعد النمو السريع الإضافي للوصلات العصبية المتشابكة الجديدة، والكشف عن المسارات الوظيفية التي كانت كامنة ومستترة في السابق علامة على المرونة والليونة العصبية.

٣- تتضمن ميكانزمات المرونة الأخرى افتراض القيام بالوظائف بواسطة المسارات العصبية الغزيرة الفائضة غير التالفة، وهي حال في بنية الجسم تهيئة للإصابة بمرض ما، وللحساسية الفائقة للنقص العصبي، وللنمو السريع الغريب للمحاور العصبية المتحولة المعاد بناؤها.

ج- الشفاء العصبي التلقائي الطبيعي:

يشفى مرضى السكتة الدماغية بعد إصابتهم بأسلوبين مختلفين وإن كان هذين الأسلوبين متصلان، وهما:

الأسلوب الأول: حيث ينجم التراجع في مدى النقص وفي درجة الإعاقة العصبية كصورة من الشفاء العصبي التلقائي، وضمن آثار العلاجات التي تحد من درجة السكتة الدماغية، أو بسبب التدخلات العلاجية الأخرى التي تقوي الوظيفة. ويظهر المريض الذي يمثل هذا الشكل من الشفاء تحسنا في الضبط والتحكم الحركي، والقدرة اللغوية، أو الوظائف العصبية الرئيسية الأخرى.

الأسلوب الثاني: وفيه يُظهِر مرضى السكتة الدماغية الشكل الثاني من الشفاء من خلال القدرة المتحسنة على أداء الوظائف اليومية ضمن تقييدات الإعاقة الجسمية التي لديهم. وقد يستعيد المريض الذي لديه إعاقات حسية حركية ومعرفية أو سلوكية ناجمة عن السكتة الدماغية، القدرة على إنجاز الأنشطة اليومية وأدائها على مستوى طيب كتناول الطعام وارتداء الملابس والاستحمام والتزيين، حتى ولو بقيت درجة من الإعاقة الجسدية الموضعية. ويمكن للقدرة على أداء هذه المهام أن تتحسن من خلال عمليات التكيف والتدريب، وفي وجود أو غياب الشفاء العصبي الطبيعي. ويعد هذا العنصر هو عامل الشفاء الذي من خلاله يحدث التأهيل أثره البالغ.

د- نمط الشفاء الحركي بعد السكتة الدماغية:

يعد الشلل النصفي واستعادة المقدرة الحركية من أكثر الموضوعات التي اهتم الباحثون بدراستها، علما بأن ٨٨٪ من مرضى السكتة الدماغية الحادة يصابون بالشلل النصفي Hemiplegia. ويصف العالم تويتشل (Twitchell, 1951) (as cited in Bruno. et. al, 2004) نمط الشفاء الحركي الذي يلي حدوث السكتة الدماغية، عند وقوعها مباشرة، حيث تكون الأطراف العليا أكثر عرضة للإصابة والتضرر مقارنة بالأطراف السفلى، وبالتالي فإن الشفاء الحركي في القسم العلوي يكون أقل منه في القسم السفلي من الأطراف. وتعد شدة ضعف الأطراف العليا عند حدوث الإصابة بالإضافة إلى توقيت Timing عودة الحركة إلى اليدين منبئات مهمة في الشفاء الحركي الذي سيحدث لاحقا في الأطراف العليا.

ويكون مآل استعادة وظيفة اليدين المقيدة أمرا ليس باليسير عندما يكون الشلل في الأطراف العليا كاملا عند حدوث الإصابة، أو عندما لا تكون قوة الإمساك قابلة للقياس. وقد تمكن الأطباء من رصدها خلال الأربعة أسابيع الأولى التي تلي حدوث الإصابة. وعلى أية حال فإن ٩٪ من المرضى المصابين بحالات شديدة من ضعف الأطراف العليا، عند بدء حدوث السكتة الدماغية، قد يسترجعون وظيفة اليدين بصورة جيدة و ٧٠٪ من هؤلاء المرضى الذين يظهرون بعض الشفاء الحركي في وظائف اليدين بعد مرور أربعة أسابيع يسترجعون قواهم الحركية بصورة تامة أو جيدة ومقبولة، ويحدث الشفاء التام -عندما يحدث- خلال ثلاثة أشهر من وقوع الإصابة.

ويشير بعض الباحثين (Bruno. et. al, 2004) إلى أنه عندما لا يظهر المرضى حركة مبدئية خلال الأسابيع الثلاثة الأولى أو إذا كانت الحركة في أحد أجزاء الجسم لا تتبعها ظهور الحركة في الجزء الثاني في خلال أسبوع فإن مآل ومستقبل الحركة الكاملة لا يعد أمراً متوقعا أبدا.

وتعود القدرة على الحركة بصورة عادية بعد مرور ٤٠-٦٠ يوما على حدوث السكتة الدماغية. ويحدث معظم الشفاء التلقائي خلال ستة أشهر، ولكن الاسترجاع يستمر في الحدوث خلال فترة تتراوح بين ٦ شهور- ١٢ شهرا بعد الإصابة. وقد يستغرق حدوث الشفاء أشهراً أو عدة سنوات. وقد يكون التوقف عن الشفاء بعد مضي ستة أشهر انعكاسا لظاهرة النبوءة المحققة ذاتيا.



القسم السادس

بعض المتغيرات التي تراعى في برامج تأهيل حالات السكتة الدماغية

أ- إنكار الإصابة:

تعتبر ظاهرة إنكار الإصابة أو الإعاقة Anosognosia من الظواهر الشائعة بين مرضى السكتة الدماغية. وتتضمن هذه الظاهرة عددا من المعطيات أهمها.

١- قد يظهر الإنكار للمرض أو الإصابة مصاحبا للإعاقات المختلفة الناجمة عن السكتة الدماغية مثل حالة الشلل النصفي Hemiplegia أو العيوب الحسية Sensory Deficits وحالات العجز المعرفية المختلفة Various Cognitive Disabilities.

٢- ينطوي الإنكار Denial على إغفال بعض الجوانب في هذه الحال، لأن الإنكار الشامل يبقى سلوكا نادر الحدوث. ولا يخفى علينا أن عدم القدرة على تحديد ما يتم إنكاره أمرا غير ميسور، وقد تؤدي محاولته إلى التفسيرات المغلوطة وإلى الالتباس وربما إلى تقديم المعالجة غير الصحيحة.

٣- يرى بعضها المعالجين أن مرضى السكتة الدماغية قد يختارون بشكل إرادي إنكار حالة المرضى، فهم يتجاهلون إصابتهم بالشلل النصفي، لكنهم لا يمنعون أنفسهم من الشعور بالتعاسة والحزن على أنفسهم بسبب النتائج الجسمية المعوقة لحركتهم وقدراتهم المختلفة والتي خلفتها السكتة الدماغية.

٤- يظهر الإنكار غالبا لدى الحالات المصابة بخلل في أداء الوظائف في الجزء الأيمن من الدماغ Right Hemisphere أكثر منه في الحالات المصابة بالخلل في أداء وظائف الجزء الأيسر منه Left Hemisphere.

٥- تعتبر حالات الإنكار أمرا شائع الحدوث وبدرجة شديدة وحادة في المراحل المبكرة للإصابة، وتميل بعد ذلك للتراجع والاعتدال بمضي الزمن، وقد تتحول إلى حالة من الإقرار والاعتراف بالضرر الذي أصاب الجسم. وهذا قد ينطبق على معظم الحالات باستثناء الحالات الحادة من العيوب الحسية والعيوب الذهنية.

ومن المهم أن يكون أعضاء الفريق الطبي واعين ويقظين وحساسين للصراع الذي يواجهه مرضى السكتة الدماغية فيما يتعلق بالاعتراف بطبيعة الإعاقة. هل هي عيوب عصبية أم أنها نواقص نفسية؟ وتعتبر الإعاقة العصبية أصعب علاجا. فالتلف قد حدث ولا يمكن تعويضه في حين أن الإعاقة النفسية تتضمن نوعا من أنواع الخلل في الشخصية، أو عدم نضج الشخصية، أو أية سمة شخصية غير مرغوبة والتي يمكن أن تكون البؤرة الحقيقية للمساعدة النفسية.

وبالإضافة إلى موضوع الصراع حول إنكار المرض أو الاعتراف به يواجه مرضى السكتة الدماغية موقفا خاسرا آخر ألا وهو الخيار الضمني بين الاكتئاب أو الإنكار. فإذا حاول أحدهم أن لا يظهر أنه مكتئب فلابد أنه سيقع في حالة الإنكار، وعندما يقلع عن هذا الإنكار ويبدأ في مواجهة نفسه ومصارحتها فلابد أنه سيقع في حالة الاكتئاب. ويبدو الموقف هنا في غاية التعقيد والإرباك وعدم الاستقراء. فالإنكار لا يحصِّن المريض ضد الاكتئاب، كما أن دلائل ومؤشرات الاكتئاب قد يعبر عنها من خلال التوكيدات المتعلقة بالتوقعات غير الواقعية والتي يفسرها الفريق الطبي بأنها إنكار.

والسؤال الذي يطرح نفسه هو: كيف يتعامل الأخصائيون النفسيون وأعضاء الفريق الطبي مع حالة الإنكار للمرض؟ بادئ ذي بدء يجب التمييز بين الإنكار اللفظي Verbal Denial والإنكار السلوكي Behavioral Denial، ثم يجب تشجيع الفريق العلاجي (الأطباء والمعالجون الطبيعيون وأخصائيو التأهيل والممرضون) على اصطناع مواجهة مباشرة مع تعبيرات الأنكار اللفظية المعلنة للمريض طيلة فترة خضوعه للبرامج العلاجية المختلفة لأن مجرد المشاركة في هذه الجهود العلاجية إنما يعكس بوضوح بعض التبصر بالإعاقة أو الإصابة التي تستوجب المعالجة.

ويؤمن معظم الأخصائيين النفسيين أن مهاجمة الإنكار بصورة مباشرة وقاسية وإجبار المريض وأسرته على تقبل التوقعات المستقبلية المزعجة والمآلات القاسية يعتبر في حد ذاته نجاحا أو نصرا غير مبين، وفي مقابل ذلك يقترح بعض الأخصائيين النفسيين أن المرضى الذين يشكل إنكارهم للمرض عائقا مستمرا أمام المشاركة العلاجية قد يستلزم أن نقدم لهم شروحات وتوضيحات لطيفة ومهذبة ودافئة ومتكررة بشأن النتائج الوظيفية والأدائية التي تترتب على إعاقتهم والتي يمكن مواجهتها بنقاشات حول التدخلات العلاجية المتوافرة. وعلى أية حال فإن استمرار إنكار البعض لإصابتهم قد يستلزم جهودا تأهيلية إضافية مكثفة وفعالة.

ب- الاضطرابات الانفعالية:

وأهم الاضطـرابات الانفعـالية التي تـصاحب حالات السكتـة الدماغـية تتـمـثل فـي الاكـتـئـاب والقلق. وسنشـير إلى كل اضطراب منهما في إيجاز.



شكل (٤-٢)
التبكير في التأهيل النفسي يحول دون حدوث مضاعفات مثل تقلص العضلات

أما الاكـتئاب فـهو الحالة التي تـسمى اكتـئاب ما بـعد السكتـة الدماغـية Post Stroke Depression (PSD) وذلك للأسـبـاب الآتية:

١- التغير البنائي في الدماغ Structural Alteration to the Brain

٢- استجابة المريض للمرض المفاجئ والمعيق.

٣- محصلة للسببين السابقين.

وقـد توصل العلمـاء إلى أن ما يقـارب ٤٠٪ من الحـالات الحادة للسكتـة الدماغية Stroke- Acute يظهرون اكتئابا يتم تشخيصه بصورة كلينيكية دقيقة، كما توصل آخرون أن هذه النسـبة تتراوح ما بين ٢٥٪- ٧٩٪. وقـد قدمت الدراسات نتائج مـتضاربة حـول أسباب وخـصائص ومدة اكتـئاب ما بعـد السكتة الدماغـية الرئيسي والبسيط Major and Minor PSD فعلى سبـيل المثال قد تتبـاين الأسباب الرئيسـية تبعا لحـالة الاكتئاب ونوعـه، فاستمـرار الاكتئاب الحـاد وأزمانه Acute Depression Chronicity قد يعزى إلى عوامل بيولوجيـة بحتة مثل مكان الإصابة أو الضرر Location of Lesion ونضوب مـادتي السيـروتونين Serotonin (مادة عصبية ناقلة توجد في الدم وخلايا الأعصاب والأنسجة الأخرى وتستخدم كمضيق للأوعيـة الدموية) والنورابنـفرين Norepinephrine (هرمون يـعمل على انقـباض الأوعية الدموية وكناقل عصبي للجهاز العصبي).

وأما الاكتئاب الذي يظهر أثناء عملية التأهيل فقد ينشأ من الإدراك المتزايد لحالة التقييد والكبح في الأداء. وأما اكتئاب المرحلة المزمنة Chronic Phase Depression فقد ينجم عن النتائج المعيقة اجتماعيا الناجمة عن السكتة الدماغية. وتشير الدراسات إلى أن اكتئاب ما بعد السكتة الدماغية قد يطيل مدة الإقامة في المستشفي ويحد من المستوى المطلوب والمتوقع للشفاء الوظيفي ويؤخر عملية العودة ثانية إلى المجتمع والمندمج فيه.

كما أن النتائج الحديثة جدا تشير إلى معدل وفاة يتراوح بين ثلاثة وأربعة مرات أعلى بين مرضى السكتة الدماغية المكتئبين مقارنة بنظرائهم من غير المكتئبين.

وأما القلق فهو حالة -مثلما هو في حالة الاكتئاب- تنشأ من حالة تسمى قلق ما بعد السكتة الدماغية Post Skrote Anxiety (PSA) ولكن بمعدلات أقل من اكتئاب ما بعد السكتة الدماغية، ومع ذلك فإنه يعتبر أمرا معيقا للمريض. وقد وجد «ستاركستاين» (Starkstein) و«ربنسون» (Rabinson) أن ٢٤٪ من مرضى السكتة الدماغية الذي يعاني معظمهم من اكتئاب ما بعد السكتة الدماغية (PSD) يعانون أيضا من اضطراب القلق المعمم Generalized Anxiety (Starkstein & Disorder (GAD)(Rabison, 1991, 325.

كما يذكر الباحثون إلى أن قلق ما بعد السكتة الدماغية المصاحب لاكتئاب ما بعد السكتة الدماغية قد أدى إلى تأخر الشفاء من الاكتئاب، وعرَّض للخطر عمليات استئناف الوظائف الاجتماعية وأنشطة الحياة اليومية (ADL) كما يذكر «بيرفيل» وزملاؤه في مجال تمييزهم بين الاكتئاب والقلق أن الاكتئاب يحدث نتيجة لخبرة الخسارة والفقدان (Loss) في حين أن القلق يحدث بسبب الإحساس بالتهديد (Threat) ويرون أن السكتة الدماغية غالبا ما تشهد تهديدا لصاحبها أكثر من كونها مجرد خسارة، مثل الخوف من سكتات دماغية جديدة وإعاقات أخرى ومشكلات صحية ومالية لا قبل له بمواجهتها. (Burvill et. al 1995, 327).

ج- الفحص الجسمي:

يتم فحص مريض السكتة الدماغية فحصا جسميا دقيقا قبل الدخول في عمليات التأهيل. ويتضمن الفحص الكلينيكي الأوَّلي لمريض السكتة الدماغية الشديدة فحصا عصبيا تفصيليا دقيقا أيضا. ويستخدم فريق التأهيل نتائج الفحوصات العصبية لتحديد مستقبل الحالة المرضية، ومن أجل وضع التفاصيل

المحددة لخطة التأهيل، ولاختيار الإجراءات والآليات المناسبة للتأهيل. ويجب أن يبدأ الفحص التأهيلي الأولى مباشرة بعد وقوع الإصابة، وبعد مرور فترة تتراوح بين ٣-٣٠ يوما، وبعد ذلك يتكرر خلال فترات ليست متباعدة.

ويلاحظ أنه بعد وقوع الإصابة مباشرة يحدث فقدان شبه تام للحركة الإرادية في الأطراف المصابة بالإضافة إلى فقدان أو تناقص في انعكاسات المط العضلي (MSR) Muscle Stretch Reflexes. وتصبح هذه الانعكاسات العضلية أكثر نشاطا في الجانب المصاب بعد مرور ٢٤ ساعة على حدوث الإصابة. كما تصبح رعشات الأصابع العصبية (Finger Jerks) أكثر نشاطا في الجانب المصاب مع أن تطورها قد يستلزم مضي فترة تتراوح بين ٣-٣٠ يوما. وخلال فترة قصيرة يعود النشاط والعافية إلى الحركة وتكون طبيعية (Tone) في انعكاسات الرسغ والأصابع، وأيضا في انعكاسات الكاحل. ونتيجة لذلك يكون الطرف العلوي ميالا لإظهار نمط الحركة الدال على الانثناء Adductor/ Flexor Pattern بينما يظهر الطرف السفلي نمط الحركة الدال على الانبساط Adductor/ Extensor Pattern.

القسم السابع

تأهيل إصابات السكتة الدماغية

أ- مقدمة في جدوى تأهيل إصابة السكتة الدماغية:

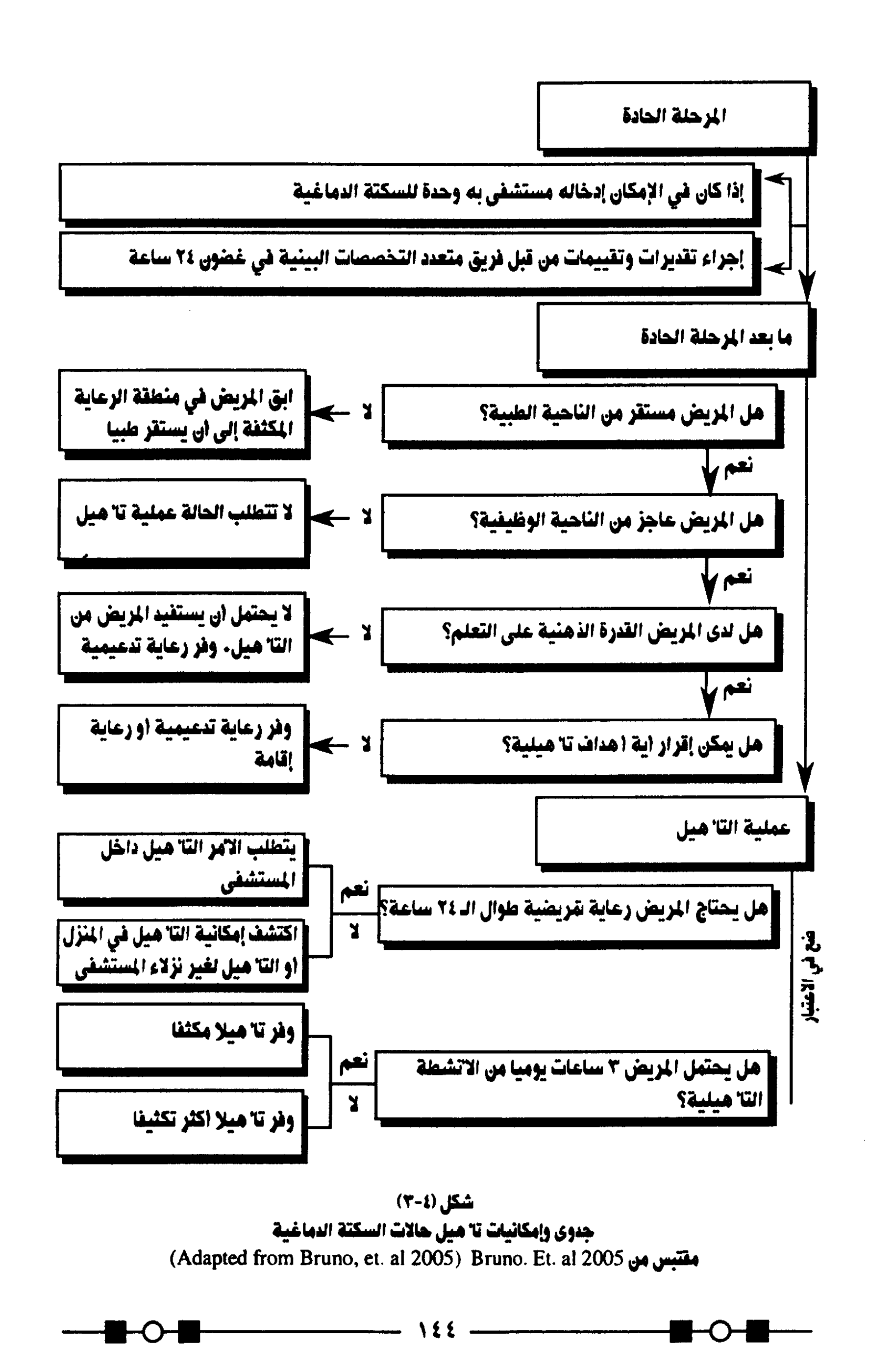
تأهيل المصابين بالسكتة الدماغية هو استخدام وتوظيف لجهود اجتماعية وتربوية ومهنية موحدة ومنسقة لعملية إعادة تدريب Retraining الناجين من السكتة الدماغية على استخدام أقصى إمكانياتهم الجسدية والنفسية والاجتماعية بصورة تنسجم مع القيود الفيزيولوجية والبيئية (Bruno, et. al, 2004).

وقد أظهرت العديد من الدراسات أن تأهيل المصابين بالسكتة الدماغية يمكن أن يكون فعالا بالنسبة لتحسين القدرة الوظيفية حتى لدى المرضى من كبار السن والذين يعانون من عيوب ونواقص عصبية ووظيفية بالغة الحدة. وبالرغم من أن مجال تأهيل السكتة الدماغية يعج بالخبراء إلا أن أيا منهم لم يتمكن من البرهنة بعد على القيمة الحقيقية لعمليات التأهيل لمصابي السكتة الدماغية لقطاع من الناس غير المتفائلين بهذه الإصابة.

ومع ذلك فقد دعمت البراهين المستمدة من التجارب الكلينيكية أن البدء المبكر في العلاج يؤثر على النتائج إيجابيا، وأن التأخر في بدء العلاج يؤدي بالمرض في هذه الفترة الفاصلة إلى تطوير مضاعفات ثانوية كان يمكن تجنبها.

وتصل فترة استعادة القدرات الحركية ذروتها بعد مرحلة مبكرة من التحسن المتطور. ويحدث معظم التحسن الحركي خلال الثلاثة أشهر الأولى. ويحدث القليل فقط من التحسن الإضافي خلال الستة أشهر التي تلي حدوث السكتة الدماغية. وعلى أية حال فإن استرداد القدرات الحركية قد يستمر خلال مدة طويلة من الوقت لدى بعض المرضى الذين يحققون استعادة جزئية للحركة الإرادية. وعادة ما تمهد استعادة وضع المسارات الجزئية التالفة لمشاركة خلايا عصبية لم تكن أصلا مشتركة في هذا النشاط.

وقد أظهرت التجارب التي أجريت على الحيوانات وكذلك التجارب الكلينيكية على البشر أن الاستخدام الإجباري والتدريب الوظيفي يسهمان في تحسين الوظائف الحركية. ومن جانب آخر فإن الوسائل التي لا تشجع على استخدام القدرات الحركية قد تكبح الشفاء وتؤخر استرداد القدرات الحركية. وفي السابق كانت الحكمة الشائعة هي أن فوائد التأهيل يمكن أن تتحقق بصورة رئيسية من خلال تدريب المرضى على استخدام تكنيكات جديدة للتعويض عن القدرات التالفة (مثل استخدام اليد غير المصابة لإنجاز الاستقلالية في العناية بالذات) علما بأن هذا المنهج يتجنب اتباع إجراءات العلاج المكثف للطرف العلوي الضعيف. أما الآن فقد أدرك الباحثون والممارسون معا أن المشاركة المتكررة من قبل المريض في البرامج العلاجية الجسمية النشيطة قد يوفر تأثيرا مباشرا على عملية إعادة التنظيم الوظيفي للدماغ وتقوية فرص الشفاء العصبي ودعمها (Bruno, et. al, 2004).



شكل (٤-٣)
جدوى وإمكانيات تأ هيل حالات السكتة الدماغية
مقتبس من Bruno. Et. al 2005 (Adapted from Bruno, et. al 2005)

ب- مراحل التقييم والتدخل النفسي:

تعتبـر عملية تأهيل المصابين بالسـكتة الدماغية عـملية متعـددة المراحل تشبه التصور الحالي للتأهيل متعدد التـخصصات والمهن لحالات إصابات الدماغ الصادمة (TBI) التي تمتد (حالة إصابة الدماغ الصادمة) عـلى متصل من «حالة الغيبوبة إلى حالة العودة إلى المجتمع» (From Coma to Community). ويجب أن نوضح من البداية أن الإعاقات النفسية الاجتماعـية التي قد تترتب على السكتة الدماغية تفوق الإعاقات الجسمية التي قد تترتب على هذه الإصابة.

ويقوم أخصائيو التأهيل عادة بتقييم الوظائف النفسية والعقلية ويشاركون في الحكم بصلاحيـة المريض للاستفادة من خدمـات التأهيل، كما يراقبـون ويعالجون العوامل النفسية والاجتماعية المؤثرة على عملية الشفاء ويقدمون النصائح لبقية أفراد الفريق المعالج ويقدمون المعلومات المهمة للمريض وأقاربه ويوفرون المراجع ومصادر الإحالات اللازمـة لحياة المريض بعـد مغادرة المـستشـفى. ويتحدد دور أخـصائي التأهيل تبعا لحالة ومرحلة السكتة الدماغية بالمراحل التالية:

- المرحلة الطبية الحادة.
- المرحلة التأهيلية القاطعة.
- ما بعد المرحلة التأهيلية.

وسنتحـدث عن عمليات التـقييم والعـلاج في كل من هذه المراحل قبل أن نتحدث بالتفصيل عن العمليات التي تمثل لب التأهيل.

ب/١- التقييم والعلاج في المرحلة الطبية الحادة:

Acute Medical Assessment and Treatment Stage

يحدث اللقاء الأول بين أخصائي التأهيل ومـريض السكتة الدماغية عادة في وحـدة الرعاية المركـزة Intensive Care Unit (ICU). ويتـضمـن دور أخصـائي التأهيل:

- إجـراء التقـيـيـمات المعـرفـية والانفـعاليـة Cognitive and Emotional Assessment
- تقديم خدمات الإرشاد النفسي Counseling Services للمريض وأسرته.

- تقديم الاستشارة المهنية Consultation لبقية أفراد الفريق الطبي العامل Medical Staff

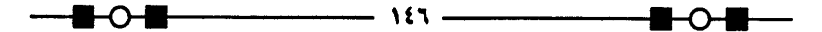
وعادة ما يكون المريض في حالة استجابية ضعيفة جدا في هذه المرحلة بسبب الآثار المباشرة للإصابة بالسكتة الدماغية (مثل الإثارة الاكتئابية والحبسة الكلامية) أو بسبب الآثار الثانوية (مثل تأثير تناول الأدوية medication وآثار الحرمان من النوم Sleep Deprivation).

وبالرغم من أن عملية التقييم العصبي السلوكي تبدو أمرا صعبا إلا أنه يجب إجراء بعض المحاولات لتقييم وضع المريض المعرفي والانفعالي حتى لو كانت جميع الاستنتاجات تشير إلى عدم قابلية المريض للتقييم وأنه ليس جاهزا للتقييم حتى اللحظة (Not Yet Testable).

ويتطلب ذلك القيام بزيارات متكررة للمريض لأن تذبذب الأداء في الحال العقلية يعتبر أمرا شائعا. كما يجب مراجعة سجل المريض Palient's Chart بانتظام للاطلاع على الملاحظات المتعلقة بتطور حالة المريض والتي يسجلها أفراد الفريق المعالج. فملاحظات الطبيب قد تتضمن نتائج تقيم حالة المريض المعرفية، كما أن تقارير وملاحظات الهيئة التمريضية غالبا ما تتضمن قسما يتعلق بسلوك المريض.. ويستدل من الجمل والعبارات والأسئلة التي قد يوجهها المريض لهيئة المريض على حالته المعرفية، وخاصة ما يتعلق منها بتضرر اللغة ووظائفها وعيوب الذاكرة.

وكما ذكرنا فإن التقييم العصبي النفسي في وحدة الرعاية المركزة يجب أن يركز على احتمالية تقديم الخدمات التأهيلية وجدواها. ويمكن تحقيق العلاج التأهيلي فقط مع المرضى الذين يملكون قدرات معرفية أولية مثل الانتباه والتعلم الإجرائي والقدرة على التقليد أو اتباع التعليمات غير اللفظية. وهذا يستلزم تقييم الذاكرة والوظائف التصورية. كما أن التأهيل الناجح يستدعي تعليم المريض طرقا جديدة لإدارة وضبط الأنشطة الحياتية اليومية وطرقا جديدة لضبط قدرات ذاكرته وسعتها بنوعيها: الاكتساب Acquisition (والتي تشمل القدرة على استخدام معلومات ومواد جديدة) والاحتفاظ Retention والتي تعتبر عملية على درجة عالية من الأهمية.

وتعتبر برامج وخدمات الإرشاد النفسي الداعم والتعليمي للمريض وعائلته من أهم الأدوار التي يقوم بها أخصائي التأهيل النفسي مع المصابين بالسكتة



الدماغية، وذلك بسبب التوتر الانفعالي الشديد الذي تؤدي إليه هذه الحالة المرضية الحادة. ويبدو الأمر صعبا في مرحلة المرض الحادة لأن المريض قد لا يفهم أو يستجيب لأسئلة الأخصائي، بالإضافة إلى أن السلوكيات والأعراض (مثل اضطرابات النوم ونقص الشهية للطعام) والتي تشير إلى الاكتئاب والقلق لدى الأفراد الأصحاء قد لا تعطي نفس الدلالة والمعنى التشخيصي بالنسبة لمرضى السكتة الدماغية المقيمين في المستشفيات.

وعلى أية حال فإنه يجب الانتباه إلى أية مؤشرات يمكن أن توحي بمعاني اليأس أو التعاسة لمواجهتها والتعامل معها بطريقة سيكولوجية سليمة. ويلاحظ أيضا أن الإرشاد النفسي الفعال للمريض في هذه المرحلة لا يبدو محتملا أو مناسبا بسبب القيود الطبية والتشخيص الغامض الذي قد يصل إلى حد التضليل. ولكن الزيارات المتكررة للمرشد النفسي للمريض تجعل من المرشد وجها مألوفا، مما يساعده على بناء أساس للتدخلات العلاجية المستقبلية ويسهِّل عليه نقل المريض إلى مرحلة التأهيل النفسي القادمة.

ب/٢- التقييم والعلاج في مرحلة التأهيل القاطعة:

Acute Rehabilitation Assessment and Treatment Stage

يسبب تحويل مريض السكتة الدماغية إلى وحدة التأهيل الكثير من الاستجابات المعرفية والانفعالية غير السوية. وتوصف هذه الاستجابات بأنها انعكاس لإدراك المريض لمجموعة من المعطيات مثل:

- **الخسارات الذاتية** (Losses) (مثل الكرامة والكفاية الذاتية والتماسك الذاتي والاستقلالية).
- **المخاوف** (Fears) (مثل الموت والاتكالية وتكرر السكتات الدماغية) الناتجة عن حالته الصحية التي تترجمها عملية نقله إلى وحدة التأهيل والتي تولد أيضا ردود أفعال انفعالية شديدة الحدة.
- **الضغوط النفسية** (Stresses) التي تسببها المواجهة المتواصلة مع إعاقات المرضى الآخرين الموجودين في وحدة التأهيل والتي تؤدي إلى تراجع وانخفاض حاد في معنويات المريض.



ويصبح دور الأخصائي النفسي في هذه المرحلة (بعد تحويل المريض إلى وحدة التأهيل) أكثر حيوية لأن إجراء التقييمات المعرفية والانفعالية المكثفة يصبح أكثر إمكانا بسبب استقرار حالة المريض نسبيا. ولكن وقت المريض يصبح أكثر محدودية بسبب المتطلبات الكثيرة والمرهقة التي يفرضها أعضاء الفريق الطبي الآخرين (برامج العلاج الوظيفي والطبيعي المحدودة للمريض). وتقيس الاختبارات والمقاييس النفسية المستخدمة في هذه المرحلة أبعادا أساسية معرفية وانفعالية وسلوكية ودافعية وتتضمن عناصر:

- الأبعاد المعرفية مثل الانتباه والذاكرة واللغة والتفكير والحكم والمهارات المكانية والتآزر الحركي والمهارات الاجتماعية.
- الأبعاد الانفعالية والسلوكية والدافعية مثل الاكتئاب والقلق ومدى الوعي بالنقص الحادث في القدرات وما يترتب عليه ومستوى الالتزام ببرنامج التأهيل.

وبالإضافة إلى ما سبق فإن عمل الأخصائي النفسي يتضمن إجراء الفحوصات العصبية النفسية باستخدام المقاييس الخاصة بهذه الوظائف، لأن نتائج هذه الاختبارات هي المحدد الوحيد والدقيق لنوعية التدخلات العلاجية اللازمة. ويتم عادة إطلاع بقية أعضاء الفريق الطبي على نتائج الفحوص النفسية العصبية وذلك أثناء الجولات اليومية على المرضى، ومن خلال التسجيلات المنظمة في سجل المريض والذي يحفظ أمام سريره، وبواسطة اللقاءات الشخصية وجها لوجه.

ب/٣- التقييم والعلاج فيما بعد مرحلة التأهيل القاطعة:

Post acute Rehabilitation Assessment and Treatment Stage

عادة ما يغادر مريض السكتة الدماغية وحدة التأهيل القاطعة قبل أن تستقر أوضاعه تماما مما يخلق متصلا بين العلاج بالمستشفى والعلاج خارجه. ومن الواضح أن الاستعجال بمغادرة المريض للمستشفى يعود غالبا إلى أسباب مالية، وكذلك إلى توافر درجة أكبر من الراحة الجسمية -وربما النفسية- في الإقامة بالمنزل عنها في المستشفى. هذا بالإضافة إلى ضرورة قيام المريض بالبدء باستخدام الدروس النفسية العلاجية التي تلقاها في وحدة التأهيل داخل المستشفى على أرض الواقع. كما أنه

في المنزل تتاح للمريض فرص أكثر للتدريب على استخدام جوانب السيطرة على سلوكه وضبط أنشطة الحياة اليومية، والتي أصبح الآن جاهزا للعودة إليها.

وبصفة عامة فإن مدة البقاء في المستشفى تكون أثناء تلقي الخدمات التي لا يمكن تلقيها إلا في المستشفى، وأما ما وراء ذلك فمغادرة المستشفى إلى المنزل يكون في صالح عملية تأهيل المريض وإعادته إلى المجتمع وإلى الحياة الواقعية. وعادة ما يتولى أخصائيو التأهيل في هذه المرحلة متابعة العديد من القضايا الحياتية الأساسية مع المريض، والتي تتعلق بشئون المستقبل والفرص المهنية والأنشطة الخاصة بالمريض التي كان يقوم بها قبل الإصابة مثل موضوع قيادة السيارة والأعباء الخاصة بالشخص الذي يتولى رعاية المريض Caregiver Burden.

ج- تأهيل حالات السكتة الدماغية:

تتعدد جوانب عملية التأهيل في حالات السكتة الدماغية، لأن الإصابة وإن تمركزت في أحد أجزاء الجسم وأعضائه إلا أن تأثيرها يكون عاما وشاملا؛ لأن هذا الجزء أو هذا العضو من الجسم الذي أصيب هو الجهاز العصبي أهم أجزاء الجسم وهو الذي يتحكم في السلوك الحسي والحركي والانفعالي. وهو الذي يربط بين الفرد والعالم الخارجي المحيط بالفرد والذي يتفاعل فيه ومعه.

كما أن المنظور النسقي في تناول الظواهر يرى أن أي تغيير في أحد أجزاء النسق يعمل على تغيير النسق بكامله. فإذا كان الجهاز العصبي أو الدماغ -وهو أحد أجزاء الجهاز العصبي- نسقا فرعيا ينتمي إلى الشخصية وهي النسق الكلي فإن أي تغير يصيب النسق الفرعي سيترتب عليه تغيرات في الأنساق الفرعية الأخرى بل في النسق الكلي أو الفوقي وهو الشخصية. وعلى هذا فإن تأهيل مريض السكتة الدماغية سيتناول جوانب متعددة في شخصية المريض.

وفيما يلي سنشير إلى بعض جوانب عملية التأهيل والعلاجات التي تتضمنها، كما سنشير إلى المتطلبات التي يحتاجها مريض السكتة الدماغية والوظائف التي تتضرر نتيجة الإصابة وهي التي ينبغي أن يهتم بها التأهيل.

ج/١- العلاج الطبيعي: Physical Therapy

يجب أن يتضمن برنامج التأهيل التدريب النوعي للمهارات والتدريب الوظيفي الذي يكفل مواجهة الأنشطة اليومية. ويجب أن يعطي العلاج بكثافة

كافية للتشجيع على إعادة اكتساب المهارة. وتتألف نظريات التأهيل الرئيسية المتعلقة بالتدريب على:

- العلاج التقليدي ويتضمن مدى الحركة والتقوية والتحريك وتكنيكيات التعويض.
- علاج المغطس المائي -التدريب العصبي السنمائي ويتضمن أنماطا من نشاط العضلات والحركات غير المنفصلة.
- الرباط الدائري من أجل تسهيل التقبل الذاتي لوجود مثير ناشئ ضمن عضلات المريض بهدف تحفيز واستثارة المستقبلات الحسية الحركية لأعصاب العضلات، ولإنتاج الاستجابة من خلال الاستثارة اليدوية لزيادة السهولة في الحركة ولتشجيع وظيفة الحركة.

ج/٢- العلاج الحرفي Occupational Therapy

غالبا ما يكون معظم المرضى المصابين بإصابات عصبية مثل السكتة الدماغية والذين نجوا من الموت معتمدين على الآخرين في أداء الأنشطة الحياتية اليومية كالاستحمام وارتداء الملابس وتناول الأطعمة والتزين والهندمة والتنقل. ويمكن قياس درجة العجز في أداء تلك الوظائف باستخدام بعض مقاييس التقدير الخاصة كمقياس الاستقلالية الوظيفية Functional Independence Measure. ويظهر معظم المرضى أداءً متحسنا في الوظائف اليومية يتزامن مع حدوث الشفاء. ويلاحظ أن معظم التحسن يحدث خلال الستة أشهر الأولى، بالرغم من أن ٥٪ من المرضى يستمرون في إظهار التحسن لمدة أطول، قد تصل إلى اثنى عشر شهرا بعد وقوع الإصابة الدماغية، كما قد يظهر مرضى آخرون بعض التحسن في أقل من ستة أشهر.

وتتباين التقارير المتعلقة بمستويات الاستقلالية التي يحققها مرضى السكتة الدماغية بعد شفائهم من شخص لآخر. ويعكس هذا التباين الفروق بين نوعية الفئات التي تتم دراستها أو الاختلاف في طرق العلاج وأساليب تسجيل التقارير الخاصة وجمع البيانات والمعلومات التتبعية. وتشير معظم التقارير إلى أن نسبة تتراوح بين ٤٧٪ - ٧٦٪ من المرضى يحققون استقلالية جزئية أو كلية في أداء أنشطة الحياة اليومية.



وتكاد الدراسات تجمع على أن العوامل التالية ترتبط بأداء أنشطة الحياة اليومية على مستوى ضعيف. وبالتالي فهي تصلح للتنبؤ بالأداء عند هذا المستوى. وهذه العوامل هي:

- السن المتقدم
- الأمراض المصاحبة
- الإصابات القلبية
- داء السكري
- السكتة الدماغية الحادة
- الضعف الشديد
- التوازن السيئ في وضعية الوقوف
- العيوب البصرية المكانية
- التغيرات العقلية
- سلس البول
- درجة متدنية على مقاييس الوظائف اليومية المستقلة
- التأخر في البدء بإجراءات التأهيل بعد الإصابة.

ج/٣- علاج الكلام: Speech Therapy

يعاني ثلث المرضى المصابين بالسكتة الدماغية الحادة من أشكال كلينيكية من الحبسة الكلامية Aphasia وتتحسن الوظيفة الكلامية عند العديد من هؤلاء المرضى. ويحدث هذا التحسن بعد مرور ستة أشهر أو أكثر قد تصل إلى مدة عام كامل بعد حدوث السكتة الدماغية. ويظهر ١٢٪ -١٨٪ فقط من المرضى حبسة كلامية محددة قابلة للتعرف عليها.

ج/٤- برنامج التأهيل: Rehabilitation Program

من الأساسيات في علم النفس التأهيلي أن التدخل المبكر أيا كانت نوعيته من الأمور المفضلة جدا لأن هذا التبكير في التدخل يوفر الكثير من المتاعب والمضاعفات على المريض أو المصاب. وهذا ينطبق على إصابات السكتة الدماغية حيث إن البدء مبكرا بالتأهيل يقلل من المضاعفات الثانوية كتقلص العضلات، كما أن هذا البدء المبكر في التأهيل يساعد على تحفيز المريض وزيادة دافعيته للشفاء الحركي.

وعادة ما يبدأ التأهيل كما ذكرنا بتقسيم أوجه التضرر العصبية، على أن يحدث ذلك بصورة متكررة خلال عملية التأهيل، ويستحسن أن يتم ذلك بشكل أسبوعي خاصة في الفترات الأولى من عملية التأهيل لإفساح المجال لمراقبة

عمليات التحسن واسترجاع القدرات ولتوجيه التدخلات العلاجية. وتعد الحاجة الواضحة للالتزام بالتوجيهات الطبية أمرا ضروريا وهاما خاصة بالنسبة للمرضى الذين لديهم سكتة دماغية طويلة الأمد.

ويتضمن دور الطبيب توفير الرعاية الصحية. ويجب أن يتصرف الطبيب بوصفه مرشدا طبيا Medical Counselor نظرا لأن معظم المرضى تكون لديهم مشكلات طبية مصاحبة مستمرة تستلزم توفير المراقبة والعلاج الملائمين، وبالتالي فهو يطالب بتقديم شرح واف لمستقبل الحالة المرضية للمريض ولأسرته، بالإضافة إلى توفير التوجيه المتعلق بالتقليل من عوامل خطر عودة السكتة الدماغية مرة ثانية وعدم التقيد بشروط الرعاية الطبية المستمرة، كما يجب أن يقود الطبيب فريق التأهيل وأن يساعد في تطوير إجراءات العلاج وفي وضع توقعات العلاج.

وتتطلب المشكلات المتعددة والتي يمكن أن يعاني منها المرضى بالسكتة الدماغية مشاركة نشيطة من قبل فريق التأهيل. ويجب أن تنسق الأنشطة العلاجية ما بين أعضاء فريق التأهيل. بحيث يتم عرض التقييمات التفصيلية على جميع أعضاء الفريق كما يتم الاتفاق على الأهداف والتدخلات العلاجية.

ويجب أن توجه التدخلات العلاجية نحو تحقيق أهداف علاجية محددة أو على أهداف طويلة الأمد. وعند تحقيق المريض لهذه الأهداف فإنه ينتقل إلى المرحلة التالية من التأهيل أو يغادر المستشفى للمنزل لاستكمال العلاج كمريض من الخارج Outpatient.

وبصفة عامة يلتزم برنامج التأهيل باتباع منهج وظيفي Functional Approach وعندما لا يمكن تغيير العجز والإعاقات الواقعة بسبب السكتة الدماغية، فإن كل الجهود يجب أن تبذل لمساعدة المريض على التعويض عن النواقص وللتكيف مع الطرق البديلة لتحقيق الاستقلالية الوظيفية المثلى Optimal Functional Independence.

ج/٥- مجالات تأهيل مرضى السكتة الدماغية:

وتتعدد مجالات تأهيل مرضى السكتة الدماغية كما قلنا لأن التضرر يصيب جوانب كثيرة من شخصية المريض ومهاراته وإمكانياته المعرفية والانفعالية والاجتماعية. وبذلك فإن عملية التأهيل تشمل كل الجوانب المتضررة. ويمكن تلخيص المتطلبات التي يحتاجها مريض السكتة الدماغية، والأمثلة على الوظائف التي يستهدف التأهيل تحسينها وتطويرها تظهر في جدول (٤-٢).



جدول (٤-٢)

مجالات تأهيل مرضى السكتة الدماغية

ومتطلبات المريض وأمثلة على الوظائف المطلوب تأهيلها

حاجات المريض ومتطلباته	أمثلة على الوظائف التي ينبغي أن يهتم بها التأهيل
* مهارات العناية بالذات وتتضمن أنشطة الحياة اليومية	- الإطعام - التزيين - التحمم - ارتداء الملابس - استخدام دورات المياه - الوظائف الجنسية
* المهارات الحركية	- المشي - الانتقالات - استخدام عربات المقعدين
* مهارات الاتصال	- الحديث - الكتابة - الطرق البديلة في الاتصال
* مهارات معرفية	- الذاكرة - التركيز - إصدار الأحكام - حل المشكلة - مهارات تنظيمية
* مهارات التنشئة الاجتماعية	- التفاعل مع الآخرين في المنزل - التفاعل مع أفراد المجتمع المحلي
* تدريب مهني	-مهارات مرتبطة بالعمل

تابع جدول (٤-٢)
مجالات تأهيل مرضى السكتة الدماغية
ومتطلبات المريض وامثلة على الوظائف المطلوب تأهيلها

حاجات المريض ومتطلباته	امثلة على الوظائف التي ينبغي ان يهتم بها التأهيل
* التحكم في الألم	- تناول الأدوية - الطرق البديلة في التحكم في الألم
* القياس النفسي	- تحديد المشكلات - إيجاد الحلول بالتفكير والوسائل السلوكية والانفعالية
* دعم الأسرة	- المساعدة في التأقلم مع التغيرات في أسلوب الحياة - الاهتمامات والشئون المالية - خطط مواجهة الفصل من العمل.
* التعليم	- تعليم المريض وأسرته وتدريبهم بشأن كل ما يخص السكتة الدماغية - الرعاية الطبية - الوسائل التكيفية.

(UAB Health System, 2005).

ج/٦- تعليم المريض وتثقيفه:

كما ذكرنا في الجدول (٤-٢) والذي يتحدث عن حاجات المريض ومتطلباته والمهام التي ينبغي أن يهتم بها التأهيل لجعل المريض قادرا على أداء أنشطة الحياة اليومية على أحسن وضع ممكن، وعلى تلك المهارات التي تساعده على العودة إلى الحياة الاجتماعية جاء في ثنايا هذه المتطلبات والحاجات، الحاجة إلى تعليم المريض وتعليم أسرته كل ما يتصل بالسكتة الدماغية والرعاية الطبية المرتبطة بهذه الإصابة

لأن هذا التعليم سبيل رئيسي في نجاح عملية التأهيل هذه، وتعد السكتة الدماغية مشكلة كلينيكية شائعة تُحدث أثرا بالغا على الناجين منها وعلى المجتمع. وتمثل هذه الإصابة مرضا معيقا يسبب العجز لصاحبه الذي يشمل جوانب عديدة في حياة المريض ويؤثر فيها، كما يلقى العديد من الأعباء الرئيسية التي تثقل كاهل أفراد الأسرة والآخرين المرتبطين بها. ومن هنا يهدف التأهيل إلى التقليل من نتائج الإعاقة الناجمة عن السكتة الدماغية والوصول إلى نوعية حياة أفضل لكل من المريض والأشخاص الآخرين المحيطين به والذين يتولون رعايته.

وفي هذا الصدد علينا أن نؤكد على الاعتبارات الآتية:

ج/٦/١ يمثل التأكيد على تعليم المريض وأسرته وتثقيفهم بشأن السكتة الدماغية من عوامل الخطر والاستراتيجيات المؤدية لتعظيم الاستقلالية الوظيفية جانبا أساسيا وركيزة هامة في عملية التأهيل.

ج/٦/٢ يعتبر اشتراك الأسرة في عملية التأهيل أمرا أساسيا، بل وينبغي دعمه لأن هذا الاشتراك يمثل ركنا أساسيا في عملية التأهيل ويؤثر بشدة على نتائجه وفاعليته.

ج/٦/٣ تشير التقارير إلى حدوث شفاء ملحوظ خلال فترة تتراوح بين ٣ سنوات - ٦سنوات. فبعض المرضى تمكنوا من العودة ثانية إلى العمل بعد مرور ثلاث سنوات على إصابتهم بالسكتة الدماغية.

ج/٦/٤ يتم التركيز على تشجيع المريض على استئناف العلاقة الحميمة مع الزوج/ الزوجة عندما يكون وضعه ملائما لذلك.

ج/٦/٥ لا يتطلب تحسن واستعادة المريض لقدراته الحركية بعد الإصابة، الالتزام ببرنامج غذائي خاص، ولكن يجب أن يتجنب المريض زيادة الوزن وأن يستمر في المحافظة على برنامج غذائي منظم في حالة إصابته بالسكري أو ضغط الدم العالي.

ج/٦/٦ يجب أن يتجنب كل مريض القيام بالتمارين المجهدة بعد الإصابة بالسكتة الدماغية، ولكن من المفيد المشاركة في برنامج تمارين رياضية توضع له بصورة فردية تناسبه.

مراجع الفصل الرابع

١- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي: معجم علم النفس الطبى والطب النفسى، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٠.

٢- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي: معجم علم النفس الطبى والطب النفسى، الجزء السابع، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٥.

3. Bruno, A., Klein, M. Talavera, E. Salcido, R. and Campagnolo, D. (2004): Motor Recovery In Stroke. Medicine Retrieved December, 29, 2004.

4. Burvill, P., Johnson, G. Jemrazik, K., Anderson, C., Stewart Chakera, T. (1995): Prevalence of Depression after stroke, The Perth Community Stroke Study. Brith Journal of Psychiatry, 166, 320-327.

5. Caplan, B. and Moelter, S. (2002): In Frank, R. and Elliot, T. (Eds.) Handbook of Rehabilitation Psychology. pp. 75-95. A.P.A.

6. Daley, K., Mayo, N. Danys, L. (1997): The Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM): Refining and Validating the Content. Physiotherapy Canada. 49, 269-278.

7. Daleyok, Mayo, N. and Wood-Dauphinée, S. (1999): Reliability of Scores on the Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM) Measure. Physical Theraphy, 19, 1, p. 8.

8. Lindmark, B. and Hamrin, E. (1988): Evaluation of Functional Capacity After Stroke as a Basis for Active Intervention. Scand. J. Rehabil. Med. 20, 103-115.



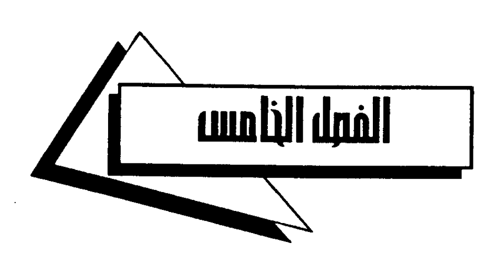
9. Medifocus (2005): Stroke Rehabiliation Guidebook. Retrieved February, 19, 2005.

10. Strokstein, S. and Robinson, R. (1991): The Role of Human Lobes. In affective Disorder Following Stroke. in H.S. Levin, H.M. Eisenberg and AL. Benton (Eds.). Frontal Lobe Function and Dysfunction, Oxford, U.K. Oxford University Press.

11. UAB Health System (2005): Stroke Retrieved February, 19, 2005.

☺☺☺☺☺☺





حالات اضطراب ضغط ما بعد الصدمة

- المفهوم والتعريف
- محكات تشخيص الاضطراب وأعراضه
- اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وبعض المتغيرات الديموجرافية
- اضطراب ضغط ما بعد الصدمة عند الأطفال
- الأسباب والعوامل المؤدية للإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة
- القياس والتقييم لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة
  - قياس الاضطراب عن طريق الاختبارات النفسية
  - طرق القياس الفيزيولوجية للاضطراب
  - التقييم وتفسير نتائج الاختبارات
- علاج وتأهيل مصابي اضطراب ضغط ما بعد الصدمة
  - التمهيد للعلاج
  - أهم البدائل العلاجية
  - علاج التعرض في مواجهة ضغط ما بعد الصدمة
  - مراحل علاج اضطراب ضغط ما بعد الصدمة
  - علاج الأطفال الذين يتعرضون للإصابة بالاضطراب
  - التأهيل والاستراتيجيات المهنية لمرضى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

ملحق: معدلات انتشار واستجابات اضطراب ما بعد الصدمة بين الفئات العمرية المختلفة



حالات اضطراب ضغط ما بعد الصدمة

القسم الأول
المفهوم والتعريف

كانت الصدمة trauma ومازالت أحد الموضوعات الهامة التي يهتم بها علماء النفس لبالغ تأثيرها على مختلف جوانب سلوك الفرد وعلى مجمل شخصيته. «والصدمة» إما أن تكون جسمية أو سيكلوجية. وفي الطب النفسي تشمل الصدمات الجسمية الضربات على الرأس أو الأجزاء التي تلحق بالمخ مثل الأنف والحوادث المخية الوعائية، أو الإصابات التي تحدث للأجزاء الأخرى من الجسم كالحروق أو الأطراف المبتورة. تشمل الصدمات السيكلوجية والصدمات الانفعالية التي تكون لها تأثير مستمر على الشخصية مثل الرفض والطلاق وخبرة إجهاد المعارك والنضالات والكوارث المدنية والتمييز العنصري أو الديني. ويشار إلى هذه الخبرات باعتبارها خبرات صادمة» (جابر، كفافي، ١٩٩٦، ١٤٠٤).

ومن هنا كان اهتمام علماء النفس بدراسة الصدمات التي قد يتعرض لها الإنسان سواء بسبب الكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين والفيضانات أو الكوارث التي يضعها الإنسان وفي مقدمتها الحروب والنزاعات المسلحة على المستوى الجماعي وحوادث الاغتصاب والسرقة أو السطو العنيف على المستوى الفردي. وظهر مصطلح وسيط يصف العملية التي تتوسط التعرض للحادث الصادم والأعراض التي يعاني منها الفرد بعد ذلك وهو مصطلح الضغوط stresses. ومفهوم الضغوط مفهوم يتتسب في أصله إلى علوم الفيزياء حيث إنه يشير إلى مفهوم الإجهاد أو الضغط أو القوة التي تمارس ضغطها على الأجسام مثلما تصطدم سيارة بسور فتحطمه وكذلك تتأثر السيارة بهذا الاصطدام أيضا.

وقد استعار علم النفس مفهوم الضغوط من الفيزياء ليصف حالة الشخص الذي يتعرض للصدمة ويعاني المشقة أو الانعصاب الذي يسميه البعض الإجهاد. وسنورد التعريف المعجمي لمفهوم الضغط أو الانعصاب أو الإجهاد لأهمية ذلك في فهم طبيعة الاضطراب الذي نحن بصدد الحديث عنه.

يعرف الضغط أو الإجهاد بأنه «حال من الإجهاد الجسمي والنفسي والمشقة التي تلقى على الفرد بمطالب وأعباء عليه أن يتوافق معها. وقد يكون الضغط أو

الانعصاب داخليا أو بيئيا. وقد يكون قصيرا أو طويلا. وإذا طال هذا الضغط وأفرط فقد يستهلك موارد الفرد ويتعداها ويؤدي إلى انهيار أداء الوظائف المنظم، أو يؤدي إلى التفكك. ومن أنواع المواقف التي تنتج هذا الانعصاب: الإحباطات والحرمانات والصراعات والضغوط. وكلها قد تكون داخلية المصدر أو خارجيته: (جابر، كفافي، ١٩٩٥، ٣٧٤٩).

والموقف الضاغط Stress situation هو حال «تلقي على قدرة الكائن العضوي على التكيف عبئا إضافيا. ومثال ذلك التعرض للمسغبة (الجوع الشديد) وبنية مفرطة التنافس وكظروف القتال والمعارك. وللإفلاس وللصراعات الزواجية ولعمل جديد ذي مطالب ثقيلة وأعباء باهظة (جابر، كفافي، ١٩٩٥، ٣٧٥١).

ولما تأكدت الأعراض النفسية التي يعاني منها الفرد نتيجة تعرضه «لصدمة» trauma والتي أعقبها شعور «بالضغط» Stress ظهر مصطلح «العصاب الصدمي» Traumatic Neurosis كزملة مرضية يشير إلى الأعراض الجسمية والانفعالية والمعرفية التي تترتب على التعرض للصدمة ونشوء حالة الانعصاب أو الضغط. والتعريف المعجمي للعصاب الصدمي يذهب إلى أن هذا العصاب «اضطراب انفعالي يترسب بخبرة أو موقف مزعج حاد، ويتميز بأعراض مثل الانشغال الزائد أو الاستغراق في الصدمة ونساوة جزئية على الأقل للحادث، والكفاءة المتدنية، والكوابيس، والتهيجية وسوء أداء وظائف الجهاز العصبي المستقل. (جابر، كفافي، ١٩٩٦، ١٥٠٤).

وفي الطبعة الأولى من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM I (والذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي) حل محل هذا المصطلح تعبير اضطراب الشخصية الموقفي العارض Transient Situational Personality Disorder ثم تغير المصطلح في الطبعة الثالثة من هذا الدليل DSM III وأصبح «اضطراب ضغط ما بعد الصدمة» وهو المصطلح الذي استمر في الطبعة الرابعة (1994) DSM IV وهو المستخدم الآن لوصف هذا الاضطراب. ويعرف اختصارا بالأحرف (PTSD).

وقبل أن نعرض للتعريف المعجمي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة نشير إلى بعض المصطلحات التي تشير إلى مفاهيم قريبة من المفهوم موضوع الدراسة. وهي مصطلحات قائمة في الميدان وتستخدم للإشارة إلى بعض جوانب السلوك الذي يلي الصدمة التي قد يتعرض لها الفرد. ومن هذه المصطلحات:

- اضطرابات ما بعد الصدمة Posttraumatic Disorders وهي اضطرابات انفعالية أو غير ذلك تظهر أعراضها بعد أن يتعرض المريض لخبرة صادمة ويتحملها. ومن أعراضها النساوة، واضطرابات الشخصية والنوبات الصرعية، والصداع والآثار المعدية والمعوية كالإمساك. (جابر، كفافي ١٩٩٣، ٢٨٩٣).

- صرع مـا بعد الصـدمة Posttraumatic Epilepsy وهي نوبات صرعـية يعجل من حـدوثها تعرض الفـرد لضربة شديدة علـى الرأس تكفي لإحداث تلف دماغي. وقد تحدث النوبات بعد الإصابة مباشرة. أو بعد عدة شهور من وقوعها، أو بعد سنوات من ذلك التاريخ (جابر، كفافي، ١٩٩٣، ٢٨٩٣).

- صداع مـا بعد الصـدمة Posttraumatic Headache وهو صداع يـحدث عقب التعرض لصدمـة شديدة، وكثيرا ما يكون مصحـوبا بجثام ليلي (كابوس أو حلم مزعج) وبردود أفعـال مروعة ترمز لهـا خبرة الفرد خلال الواقـعة من تهديد لبقائه. (جابر، كفافي، ١٩٩٣، ٢٨٩٣).

- اضطراب شـخـصـيـة مـا بعـد الصـدمـة Posttraumatic Personality Disorders وهو اضطراب في الشخصية يلاحظ أحـيانا بعد إصابة شديدة للرأس. ويصبح بعض المرضى غيـر ميالين ومنسحبين، ولكـن الأكثر احتمالا أن يصـبحوا سريعي التـهيج حادي الطبع، مندفعين، نكديين، شكسين، أنانيـين، مفرطين في أنانيتهم، وغـير مسئولين، والمرضى الأكبـر سنا والذين يعانون من تلف في الفص الجبـهي قد يظهـرون عيبـا في الذاكرة مع التخـريف. (جابر، كـفافي، ١٩٩٣، ٢٨٩٣-٢٨٩٤).

- زملة ما بعد الصدمة Posttraumatic Syndrome ويستخدم اللفظ أحيانا ويطلق على نمط من ردود الأفـعال التي تظهـر أياما وأسـابيع بعد وقـوع الكارثة. والملامح الأسـاسيـة لهذه الزملة هي نوبات القلق الـتي تتفـاوت اعتـدالا وحدة، والجثـام المتكرر والتهيج والتـوتر المستمـر مع الارتجاف وعدم الاستـقرار والأرق. (جابر، كفافي، ١٩٩٣، ٢٨٩٤).

وأما التعـريف المعجمي لاضطراب ضغط ما بعـد الصدمة Posttraumatic-Stress Disorders (PTSD) فهو اضطراب وقلق ينتج عن واقعة ضاغطة أو حادث ضاغط غير مألوف وصادم (كالتعرض لاعـتداء وتهجم وللاغتصاب، والمشاركة في معركة حربية، والتعرض لفيـضان أو لزلزال أو موت أثناء الاعتقال، أو التعذيب، أو حادث سيارة، أو صدمة رأس) ويتسم هذا الاضطراب بما يأتي:

- معـاودة أو تكرار الخبرة الصـادمة في الذكريـات المؤلمة والأحلام المتكررة والجثام (الكابوس).

- تضاؤل القابلية للاستجابة (فقدان الحس وخدار الجسم) مع عدم الاهتمام بالأنشطة ذات المغزى أو الهامة مع مشاعر التباعد والاغتراب عن الآخرين.

- ظهور أعراض مثل استجابة الإجفال المبالغ فيها، والنوم المضطرب، والصعوبة في التركيز أو التذكر والإحساس بالإثم إزاء البقاء والعيش، بينما لا يشعر بذلك الآخرون، وتجنب الأنشطة التي تذكره بالواقعة الصادمة. (جابر، كفافي، ١٩٩٣، ٢٨٩٤).

القسم الثاني
محكات تشخيص الاضطراب وأعراضه

يعتبر ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) اضطرابا قد يحدث في أي سن ولأشخاص ليس لديهم استعداد أو أوضاع مهيئة Predisposing Conditions. أي أنه يمكن أن يحدث لكل الناس. وتؤثر التغيرات والعوامل الشخصية والبيئية كسمات الشخصية والدعم الاجتماعي وخصائص الصدمة على حدة ودوام واستمرارية هذا الاضطراب. (Strauser & Lustig 2001)

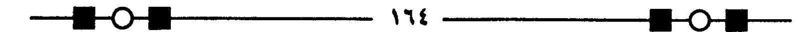
وبعد تطور الأعراض الدخيلة Intrusive والتجنبية Avoidant التي تلي التعرض لحادث ضاغط أو صادم traumatic event الشكل الرئيسي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة. ويعرف الحدث المأساوي من خلال محكين أساسين وهما:

١- أن يتضمن الحدث تهديدا للسلامة الجسمية والمادية المتعلقة بالنفس أو بالآخرين (بما في ذلك الموت أو الإصابة والأذى الجسمي والمادي). وليس من الضروري أن يكون الشخص حاضرا وقت وقوع الحدث وذلك في حالة وقوع الحدث لفرد في الأسرة أو لصديق مقرب بالرغم من أن بعض الخبرة الشخصية (على الأقل مشاهدة الحدث) تبدو متطلبا إذا كان الحدث يتعلق بشخص آخر أقل ألفة ومعرفة.

٢- أن يتضمن الحدث الخوف الشديد والرعب والعجز والسلوك الفوضوي غير المنظم والسلوك المنزعج والمتهيج.

وتقع الأعراض التي تصف خصائص المصابين باضطراب ضغط ما بعد الصدمة ضمن ثلاث فئات أو ثلاث مجموعات وهي:

١- إعادة الخبرات الدخيلة Intrusive Experience في الحادث الضاغط أو الصادم.



٢- تجنب الخبرات المرتبطة بالحادث.

٣- الاستثارة الفيزيولوجية.

وفيما يلي فقرة مختصرة عن كل من هذه الفئات.

تتضمن الأعراض المرتبطة «بإعادة الخبرات الدخيلة من الحادث الصادم» والذكريات الخاصة بالحادث الصادم وبالنسبة للأطفال يظهر هذا من خلال اللعب المتكرر أو إعادة التفعيل والأحلام والكوابيس المرتبطة بالحادث وإعادة إحياء جزء أو كل الخبرة الضاغطة والانزعاج الجسمي أو الفيزيولوجي استجابة للمؤشرات أو التلميحات المرتبطة بالحادث.

وتتضمن الأعراض المتعلقة «بتجنب الخبرات المرتبطة بالحادث» تجنب الأفكار المتصلة بالخبرة وتجنب الأنشطة والتفاعلات الاجتماعية المتعلقة بالخبرة الضاغطة أو الصادمة، وفقدان الذاكرة Amnesia المتعلقة بجزء من المعلومات الخاصة بالخبرة الضاغطة، وتقلص الاهتمام بالأنشطة والشعور بالابتعاد والانفصال Feeling of Detachment ووجدانات باهتة أو فاترة أو محدودة وضيقة Flat or Constricted Affect والشعور بمستقبل ناقص وقصير الأجل Shortened Future.

وتتألف «أعراض الإثارة الفيزيولوجية» من الصعوبة في النوم والانزعاج والتهيجية Irritability وضعف التركيز مع فرط اليقظة Hypervigilonce واستجابة الإجفال المبالغ فيها Exaggerated Startle Response (Kramenberger. & Meyer, 1996).

وفيما يلي سنعرض محكات تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة كما عرضها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية -الجمعية الأمريكية للطب النفسي- الطبعة الرابعة (DSM-IV).

المحكات التشخيصية لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة
حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة

أ- يتعرض الفرد لحادث صادم والذي يحدث فيه كل مما يأتي:

١- يخبر الفرد ويشهد أو يواجه بحادث أو حوادث تتضمن الموت المحقق أو ما يهدد بالموت أو إصابة خطيرة أو تهديد للسلامة الجسمية للذات أو للآخرين.

٢- أن تتضمن استجابات الفرد خوفا شديدا وتعكس قلة الحيلة أو الرعب.

ملحوظة: بالنسبة للأطفال ربما يعبرون من خلال هذه الاستجابات بدلا من السلوك المشوش أو المتهيج.

ب- تظل خبرة الفرد للحادث الصادم مستمرة من خلال واحد (أو أكثر) من السبل الآتية:

١- استدعاء بصورة متكررة زائدة ومسببة للضيق للحادث بما يتضمنه من صور وأفكار أو إدراكات.

ملحوظة: عند الأطفال الصغار ربما يحدث اللعب المتكرر والذي يعبر فيه عن الموضوعات أو جوانب من الصدمة.

٢- تكرار الأحلام المكدرة والمثيرة للضيق حول الحادث.

ملحوظة: بالنسبة للأطفال ربما يخبرون أحلاما مخيفة ومرعبة ولكن بدون مضمون واضح يمكن التعرف عليه.

٣- السلوك والشعور كما لو كان الحادث الصادم لازال يتكرر (بما يتضمن من إحساس بإحياء الخبرة والأوهام والأخاييل Hallucinations والنوبات الاسترجاعية التفككية Dissociative Flashback Episodes وتتضمن أيضا تلك التي تحدث أثناء حالة الإفاقة واليقظة أو في حالة السكر.

٤- كدر أو ضيق نفسي شديد وعنيف حين التعرض للعلامات الداخلية والخارجية التي ترمز أو تماثل جانبا من الحادث الصادم.

٥- ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض للعلامات الداخلية والخارجية التي ترمز أو تماثل جانبا من الحادث الصادم.

ج- التجنب المستمر للمثيرات المرتبطة بالصدمة، وخدار في الاستجابية العامة (والتي لم تكن موجودة قبل الصدمة) كما يشير إلى ذلك ثلاثة (أو أكثر) مما يأتي:

١- جهود لتجنب الأفكار والمشاعر أو الأحاديث المرتبطة بالصدمة.

٢- جهود لتجنب الأنشطة والأماكن أو الناس الذين من شأنهم أن يثيروا ذكريات الصدمة.

٣- عدم القدرة على استرجاع جانب هام من الصدمة.

٤- تضاؤل واضح للميل أو المشاركة في الأنشطة الهامة.

٥- مشاعر الابتعاد وعدم الاهتمام ومشاعر الاستغراب نحو الآخرين.

٦- المدى المحدود للوجدان (مثل عدم القدرة على تملك مشاعر الحب).

٧- إحساس بالمستقبل المحدود (مثل عدم توقع أن يكون للفرد حياة مهنية أو حياة زوجية أو أطفال أو أن يعيش مدى من الحياة العادية الممتدة).

د- أعراض مستمرة من الآثار المتزايدة (والتي لم تكن موجودة قبل الصدمة) كما يدل على ذلك اثنان (أو أكثر) مما يأتي:

١- صعوبة الدخول في حالة النوم أو في البقاء في هذه الحال.

٢- التهيج أو انفجار الغضب.

٣- صعوبة التركيز.

٤- اليقظة الزائدة.

٥- استجابة الإجفال أو الذهول الزائدة.

هـ- استمرار الاختلال (الأعراض في البنود ب- ج- د) لمدة تزيد على شهر واحد على الأقل.

و- يسبب الاختلال ضيقا أو كدرا كلينيكيا بشكل واضح أو تضررا في أداء الوظائف الاجتماعية والمهنية أو في أية ميادين هامة أخرى.

حدد ما إذا

(الاضطراب) حاد إذا لم يمض على ظهور الأعراض إلا ثلاثة أشهر أو أقل.

(الاضطراب) مزمن إذا مضى على ظهور الأعراض ثلاثة أشهر أو أكثر.

حدد ما إذا

(الاضطراب) مع بداية متأخرة إذا كانت بداية الأعراض بعد مضي ستة أشهر على التعرض للحادث الضاغط.

(DSM- IV, 1994, 427- 429).



وعلى هذا يمكن تلخيص أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة فيما يلي:

أ- استعادة الخبرة المرتبطة بالحادث الصادم وتتخذ الصور الآتية:

١- الأفكار الدخيلة وكذلك الموضوعات الأخرى المرتبطة بالحادث مثل المشاعر والصور والذكريات.

٢- تذكر الحادث بشكل متكرر وبشكل يثير الضيق.

٣- خبرة الأحلام والكوابيس التي تحدث بشكل متكرر يثير الكدر والضيق الشديد.

٤- يحيى الفرد خبرة الحادث بشكل متكرر مع الأوهام والأخاييل.

٥- الشعور بالانزعاج والضيق الشديد نتيجة التعرض لحوادث ترمز إلى الحادث الصادم أو تماثله.

ب- تجنب العالم الخارجي والخدار في الاستجابية وتشمل الصور الآتية:

١- تضاؤل الاهتمام بالأنشطة ذات المغزى والأهمية.

٢- الوجدان الضيق والمحدود.

٣- مشاعر الابتعاد وعدم الاهتمام.

٤- نساوة أو النسيان المعتمد على أسباب نفسية.

ج- السلوك التجنبي ويتضمن:

١- جهودا لتجنب الأفكار والمشاعر المرتبطة بالحادث.

٢- جهودا لتجنب الأنشطة أو المواقف التي تثير ذكرى صادمة.

٣- عدم القدرة على استرجاع جانب هام من الحادث الصادم.

د- اليقظة الزائدة وتتضمن:

١- صعوبة الخلود إلى النوم.

٢- صعوبات التذكر وصعوبات التركيز.

٣- التهيج وانفجارات الغضب.

٤- شدة الاستجابة الفيزيولوجية لكل ما يذكر الفرد بالحادث الصادم.

٥- استجابة الإجفال أو الذهول.

٦- التنبيه العالي واليقظة الزائدة.

القسم الثالث
اضطراب ضغط ما بعد الصدمة
وبعض المتغيرات الديموجرافية

يظهر الكبار والصغار أعراض اضطراب ضـغط ما بعد الصدمة بصورة مماثلة نسبيا، باسـتثناء أن الأطفال يظهرون أعراضا مـعرفية أقل وأعراضا سلوكـية أكثر. وعلى سبـيل المثال فإن الأطفال يعـبرون عن ذكرياتهم العقليـة من خلال اللعب. ويشيـر سيج Saigh إلى أن اضطراب ضـغط ما بعـد الصـدمة اضطراب يحـدث للأطفـال من مخـتلف الأعمـار ومن سن ٦-٩ سنة و ٩-١٣ سنة كـما يحـدث للمراهقين أيضا (Saigh, 1989). وغالبا ما يكون الاضطراب مصـحوبا بالاكتئاب وتعاطي المخدرات والتهيجية وعـدم القدرة على خبرة العواطف وبالتالي تبادلها مع الآخرين (Maxmon & Word, 1995).

وتتراوح نسبة شيوع اضطراب ضـغط ما بعد الصدمة من ١٪- ١٤٪ من بين مجـموع الـسكان بصفـة عامـة، وترتفع هذه النسبـة إلى ٣٪-٥٨٪ إذا وضع في الحسبان الأشخاص الذين تعرضوا لحادث ضاغط تضمّن احتمالية الموت أو الإصابة (DSM IV, 2000) . (Strauser & Lusing 2001) كـما تقـدر نسبـة شيـوع هذا الاضطراب بـين الإناث ٢,١٪ و٥,٠٪ بين الذكـــور (Kaplan, sadock, 1988) ونسبة ١٪ بين أوساط البالغين (Pyroos, 1990).

وتشـير مـعظم الدراسـات إلى صعـوبة تحديد نسـبـة شيـوع وانتشـار هذا الاضطراب بين أوساط الأطفال نظرا للتـباين الهائل بفعل متغيـرات الجنس والثقافة والموقع الجغرافي والذكاء والمناخ السياسي والسن والحالة الاجـتماعية والاقتصادية، بالإضافـة إلى صعـوبة الاتفاق على طرق ثابتـة لتعريف وتحـديد هذا الاضطراب (Kromenberger & Meyer 1996) (Children's studies, 2003) .(Strauser & Lustig 2001)

إلا أن الدراسات النادرة التي أجريت للتعرف على معدلات انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة بين الأطفال أشارت إلى أن ١٥٪- ٤٣٪ من الفتيات، و١٤٪- ٤٣٪ من الفتيان قد تعرضوا لخبرة واحدة على الأقل من الأحداث الصادمة خلال حياتهم. ومن بين هؤلاء الذين تعرضوا لحادث صادم في حياتهم وانطبقت عليهم محكات تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، كان ٣٪- ١٥٪ من الفتيات و١٪- ٦٪ كانوا من الذكور (National Center for Posttraumatic Stress Disorder NC.PT.SD. 2000) وتشير بعض الدراسات إلى أن ٥٠٪ من الأشخاص الذين يظهرون أعراض ضغط ما بعد الصدمة الإكلينيكية الواضحة لا يخضعون للعلاج اللازم لحالتهم ويستمرون في إظهار تلك الأعراض التي تؤثر على أدائهم الوظيفي في مختلف المجالات (Keim, Strauser & Malesky 2000).

وغالبا ما يكون الكبار أو الأطفال المشخصون باضطراب ما بعد الصدمة من ضحايا التعرض للكوارث الطبيعية كالزلازل والتهجير القسرى والعنف الأسري والإساءة والإهمال وإصابات إطلاق النار والحروب وفقدان الأشخاص ذوي الأهمية السيكلوجية والأمراض المزمنة. وتشير إحدى الدراسات (Deblinger, et. Al, 1989) التي أجريت لفحص معدلات إصابة الأطفال المترددين على العيادات النفسية والعقلية باضطراب ضغط ما بعد الصدمة، إلى أن ٢٠,٧٪ من المساء إليهم جنسيا و٦,٩٪ من المساء إليهم جسميا و ١٠,٣٪ من الحالات العقلية غير المساء إليهم قد انطبقت عليهم محكات اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

القسم الرابع

اضطراب ضغط ما بعد الصدمة عند الأطفال

ويتجسد الاضطراب عند الأطفال في ملامح وأشكال وخيمة مقحمة وتجنبية تختلف بعض الشيء عما هو موجود عند الراشدين. ويمكن تمييز مستويين في هذه الملامح مستوى يمكن اعتباره عاما ومستوى آخر يمكن اعتباره مستوى خاصا. أما المستوى العام فيتمثل في المظاهر الآتية:

المظاهر والأشكال العامة:

- تطفل واقتحام Intrusions: كوابيس ليلية وأفكار تلقائية غير مطلوبة لم يسع الطفل لاستعادتها وضغوط وإجفال أو ذهول شديد وإثارة وتهيج وسلوكيات مشوشة وغير منظمة.



- **تجنب وإنكار**: تجنب المثيرات المرتبطة بالحادث واللامبالاة والخدر الانفعالي والمظهر الباهت الخالي من العواطف ورفض مناقشة الحادث.

- حادث ضاغط وصادم حديث

- المظاهر والأشكال الخاصة: أما المظاهر الخاصة فتتمثل في إظهار الهدوء التجنبي Calm Avoidant Presentation وذلك عندما يكون الفرد موجودا في بيئة آمنة تسمح له بالتجنب العقلي للحادث.

وتعد الكوابيس الليلية من أكثر الأعراض التطفلية الدخيلة شيوعا. وتعبر هذه الكوابيس عن مضمون الحادث والتفاصيل الذي لا يستطيع الطفل أحيانا أن يتذكرها وعلى أية حال فإن الأعراض في التجنبية غالبا ما تشاهد بصورة بالغة في مواقف العيادات والمستشفيات. وقد يعود ذلك لكون بيئة العيادة تتسم بالأمان وتختلف عن البيئة التي حدث فيها الحادث.

وغالبا ما يقاوم الأطفال المصابون باضطراب ضغط ما بعد الصدمة محاولات التحدث عن الموقف الصادم. ويميلون إلى تقديم عرض إخباري باهت المعالم عما حدث لهم. كما أنهم يبدون وكأنهم منسحبون وحذرون. ومن النادر أن يظهروا علامات عاطفية واضحة وصريحة من نوع الحذر الخاص الذي نجده عند الكبار مثل البكاء.

وقد لا يظهر الأطفال الصغار جدا أية ردود فعل أو يظهرون ردة فعل خالية من المعنى كأنهم لم يعبروا ولم يتكلموا Mute لدى تعرضهم لخبرة موت شخص عزيز ومقرب إليهم ويعود ذلك لمحدودية إدراكهم لمعنى الموت. فهم لا يدركون فكرة استمرارية الغياب في الموت ويعتقدون أن المتوفى وكأنه قد غادر بجسده فقط وأنه موجود في مكان آخر وسيعود يوما ما.

وقد ينهار تجنب الطفل ويضعف في الأوقات التي يتعرض فيها للذكريات المؤلمة المرتبطة بالحادث أو في الأوقات التي يغيب فيها الإلهاء أو الإلتهاء Distraction كأوقات الليل وعند النوم وعند العودة إلى مكان وموقع الحادث، والتعرض لضغوط إضافية أو عند العودة إلى مكان توجد فيه علامات تثير الأمور المتطفلة والمقحمة بالإضافة إلى أن الطفل غالبا ما يتعرض لأعراض تطفلية أكثر في المواقف التي تضم أشخاصا مألوفين لديه والمعروفين بأنهم يتولون رعايته والعناية به.

وقد يذكر الأخصائيون النفسيون والكلينيكيون بأن الطفل «يبدو مختلفا ومتغيرا تماما داخل المنزل مما هو عليه داخل العيادة أو المستشفى، وخلال جلسات الإرشاد العلاجية». ويمكن أن يعود ذلك لعوامل التعود والألفة مع الأخصائي النفسي، والتعود على المستشفى أو العيادة خاصة مع وجود اللعب والدمى المتصلة بالحادث، حيث تسهل هذه الأشياء عملية مواجهة الموضوعات المتطفلة المقحمة على الطفل من الحادث الصادم Kronenberger& Meyer 1996.

وبالرغم من أن معظم الأطفال المصابين باضطراب ضغط ما بعد الصدمة يظهرون تشابها وتماثلا في السلوك إلا أنه توجد بين الأطفال بعض الفروق في إظهار تلك السلوكيات. ويعود ذلك لمتغيرات كشخصية الطفل قبل الإصابة في الحادث ونوع الحادث الذي تعرض له الطفل. وقد لاحظ الباحثون وجود فروق في الأعراض استنادا إلى التعرض لنوعية الخبرة الصادمة من حيث الحدة أو الإزمان، أي من حيث إنها خبرة صادمة قاسية أو حادة أو أنها من نوع الخبرات الضاغطة المزمنة (Bernstien & Borchardt 1991).

ويؤدي التعرض لخبرات صادمة متعددة أو مزمنة مثل الإساءة الجسمية والجنسية في مرحلة الطفولة إلى تعطيل وتخريب بالغ للتطور الطبيعي وإلى تبني اتجاهات حذر وإلى تأثيرات بالغة على تقدير الذات والثبات الانفعالي طويل الأمد.

وقد لوحظ أيضا وجود اختلاف في الأعراض بين الأطفال والمراهقين الذين أظهروا أعراض ضغط ما بعد الصدمة الحادة (مدة أربعة أشهر أو أقل) مقابل الأعراض المزمنة (ثمانية أشهر فأكثر). فقد أظهرت مجموعة الأعراض الحادة ذات الاستمرارية الأقصر (الحادة) أعراض الكوابيس الليلية والتعاسة لدى التعرض للخبرة الصادمة بصورة واقعية أو رمزية، وكذلك أظهروا أعراض الصعوبة في الاستغراق في النوم واستجابة الإجفال المفرطة والمبالغ فيها واليقظة الشديدة والاهتياج أو التهيج والقلق المعمم. وفي الجانب الآخر أظهرت مجموعة الأعراض الأطول (المزمنة) خبرات الابتعاد والانفصال والغربة عن الآخرين والمدى المحدود من المشاعر والحزن والتعاسة والاعتقاد بأن الحياة القادمة ستكون صعبة جدا بالإضافة إلى نوبات من التفكك والانفصال (Fomularo, Kinscherff& Fenton, 1990).

كما وجد دبلنجر وآخرون Deblinger et. al أن أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصـدمة تختلف مـا بين مجمـوعات الأطفال المسـاء إليهم جسـميا وجنسـيا والأطفال غير المساء إليهم. فالأطفال المسـاء إليهم جنسيا يظهرون أعراض التجنب والانفصال بصورة تفوق الأطفال غـير المساء إليهم. وراجع الملحق المرفق في نهاية الفصل والخاص بمعـدلات انتشار استـجابات اضطراب ضغط ما بعـد الصدمة بين الأطفال والمراهقين والبالغين).

القسم الخامس

الأسباب والعوامل المؤدية للإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة

يعتـبر كل من اضطراب ما بعد الصـدمة (PTSD) واضطراب الضغط الحاد Acute Stress Disorder (ASD) من بين اضطرابـات القلق Anxiety Disorders الفريدة، وذلك لأن هذين الاضطـرابين يتطلبان حدوث نوع خـاص من الأحداث الخارجية (حادث ضـاغط وصادم بشكل غير عادي) لكي يتم تشخيـصهما. وكلما كان الحادث الضـاغط أشد حدة ارتفع عدد الأشخـاص المعرضين لتطوير اضطراب وزادت شدة الأعراض (Kaplan & Sadock, 1988).

ويبدو من الواضح بناء على ما سبق أن تتـفق النظريات السببية Etiological Theories على وجوب التـصدى للحادث الضـاغط الصادم بوصفـه الشرط الذي لابد منه Linchpin في حـدوث الاضطراب، وأن تختلـف فقط في دور العـوامل المهيئة Predisposing Factors وفي تفسير الكيفية التي يتسبب فيها الحادث الصادم في إحداث اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

وتؤمن النظريات البيولوجية Biological Theories بوجود نزعة قبل المرض Pre- morbid Tendency لردود الفـعل التلقـائيـة الزائدة Excessive Automatic Reactions لدى الأشخـاص الذين يطورون فيمـا بعد هذا الاضطراب (PTSD)، كما تفـترض هذه النظريات أن أعراض (PTSD) ما هي إلا انعكاسات للتـغييرات البيولوجية التي تحدثها الخبرة الصادمة.

وتشير فـرضية حديثة إلى أن الأفـيون الداخلي المنشأ Endogenous Opiods يطلق ويفرز عندما يعيد الشخص إحياء الحادث الصـادم. كما تقترح فرضية أخرى أن المصابين باضطراب PTSD أثناء استعادتهم لخبرة الحادث الصادم يظهرون ارتفاعا

وزيادة في إفراز الموصلات العصبية الكاتكو لامينية Catecholamine Neurotans mitters[١] (Kronenberger & Mayer 1996).

وتشير الدراسات المستندة إلى استخدام الرسم الكهربائي الدماغي أثناء النوم (Sleep EEG) لوجود تشابه بين PTSD والاضطراب الاكتئابي الرئيسي Major Depressive Disorder بسبب تزايد وجود حركة العيون المتكررة الكامنة Latent Repeat Eye Movement (REM) والنوم المتزايد في المرحلة الرابعة Increased Stage 4 Sleep في العديد من الحالات المصابة لكلا الاضطرابين (Kaplan & Sadock, 1988)

وقد اقترح بعض المنظرين ضرورة الاستناد إلى النماذج السيكودينامية-المعرفية لتفسير كيفية ظهور الاضطراب استجابة للحادث الضاغط أو العامل الصادم مثل (Horowitz, 1986, Roth & Lebowitz, 1988; Watson, et. al 1988).

وتتضمن هذه النماذج أن الأشخاص لديهم أبنية وتراكيب عقلية Mental Structures يطلق عليها الأطر التخطيطية أو المخططات Schemas [٢] وهي التي تمكنهم من فهم المعلومات التي تصلهم خلال خبرتهم الحياتية اليومية وتحديد معناها. والمخطط عبارة عن تركيبة تتوقع وتستوعب العلاقات أو القواعد المتعلقة بالخبرات التي يتعرض الأشخاص لها. وبلغة أخرى يعد المخطط المعقد الذي يحمله الشخص بشأن الأسلوب الذي يعمل به الفرد وتسير به الحياة. وفي حين تكون بعض من هذه المخططات ذات قيمة محايدة (مثل كيفية التعرف في مكان عام غير مألوف) فإن البعض الآخر منها يكون في غاية الأهمية ويشكل جوهر الهوية الذاتية للفرد (مثل الإحساس بأن العالم عادل، أو الشعور بأن الفرد يمتلك القدرة على التحكم والسيطرة على ما يحدث معه).

---

(١) الكاتكولامينات Catecholamines مجموعة من الهرمونات تتضمن الأبنيفرين والتورابنيفرين والدوبامين الذي ينتج في الغدد الأدرينالية وخلايا الجهاز العصبي. ويزيد عادة إفراز هذه المواد في أنسجة الجسم كلما زادت الضغوط الانفعالية. وتحتوي العقاقير التي لها تأثيرات مشابهة على الأنفيتامين والأفدرين (جابر، كفافي، ١٩٨٩، ٥٤٠-٥٤١).

(٢) الإطار التخطيطي Schema أو المخطط Schemata هو طبقا لبياجيه مؤشر تنبؤي ومكافئ وظيفي لمفهوم في المرحلة الأولى من الارتقاء الذهني الذي يحدث قبل سن العامين، والتخطيطات المبكرة تكون حسية حركية في طبيعتها (رؤية... تناول... مص... إلخ) وكلما كبر الطفل زود هذه المخططات بأشياء من خلال عمليتي الاستيعاب والمواءمة. (جابر، كفافي، ١٩٩٥، ٣٣٨١-٣٣٨٢).

وتعد الخبرات الصادمة ذات تأثير تخريبي لأنها خارج المجال الطبيعي والاعتيادي للخبرة الإنسانية ولكونها تكسر القواعد والتوقعات والعواطف المتأصلة في المخططات التي تمثل جوهر هوية الفرد. ولذا فإن الفرد الذي سيتعرض لحادث صادم من المحتم أنه سيواجه بتركيبات وأبنية معرفية متناقضة. فنحن أمام حادث صادم والمخططات التي خرقها وانتهكها هذا الحادث. ومن أجل التوصل إلى الثبات والاستقرار المعرفي يجب أن يقوم الفرد بغض هذا التناقض بين ذكريات الحادث الصادم والأبنية المعرفية الخاصة به.

وتعد الإساءة للأطفال Children's Abase واحدة من أكثر الأسباب المؤدية إلى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة بين الأطفال (Children's Studies 2003) ويميل الاضطراب إلى أن يكون أكثر شدة واستمرارية إذا كان الحادث الصادم أو الضاغط قد تسبب فيه شخص آخر. ويكون ضحايا الجريمة أكثر احتمالا لتطوير الاضطراب إذا تضمن الحادث جريمة اغتصاب أو عنف جسدي أو تقييم معرفي لتعرض الفرد لعوامل تهدد حياته (Strauser & Lustig 2001).

القسم السادس

القياس والتقييم لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة

أ- قياس الاضطراب عن طريق الاختبارات النفسية:

أما أهم المقاييس المستخدمة في قياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة فيمكن الإشارة إليها فيما يلي:

أ/ ١- المقاييس المشتقة من مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية MMPI وأهمها. مقياس ف (F)، ك (K) من مقاييس التصحيح إضافة إلى مقياس الاكتئاب (D) والفصام (Sch)، كالآتي:

أ/ ١/ ١ مقياس ف (F) وهو يقيس التفكير المتباين أو غير النمطي. والدرجة العالية على هذا المقياس يشير إلى محاولة تزييف الإجابة إلى الأسوأ Faking bad مثل أن يظهر الإنسان نفسه كمريض، أو عاجز وكذلك تشير إلى الاستجابة العشوائية أو التفكير العصابي.

أ/ ١/ ٢ مقياس ك (K) وهو يقيس على النقيض من الاختبار السابق رغبة الفرد في أن يقدم نفسه في صورة مرغوبة اجتماعيا Socially Desired أو التزييف إلى الأحسن Faking good وبالتالي تشير الدرجة المنخفضة إلى أن الفرد يبالغ في تصوير مشكلاته طلبا للعون والمساعدة من الآخرين وتشير إلى نزعة النقد الذاتي ونقص الثقة في النفس وقلة الكفاءة.

أ/ ١/ ٣ مقياس الاكتئاب (D) ويقيس الأعراض الاكتئابية وهو من أشهر الأعراض التي تصاحب ضغط ما بعد الصدمة.

أ/ ١/ ٤ مقياس الفصام (Sch) ويقيس الأعراض الفصامية كالأخاييل Hallucinations والاغتراب الاجتماعي Social Alienation والخوافات Phobias وصعوبات التحكم في الاندفاعات وضعف التركيز.

أ/ ٢- مقياس ميسيسبي للضغوط المرتبطة بالحرب وهو مشتق من محكات تشخيص الاضطراب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الذي تصدره الرابطة الأمريكية للطب النفسي ويتضمن ٣٥ عبارة تدور حول عوامل:

أ/ ٢/ ١ الاكتئاب.

أ/ ٢/ ٢ الملامح الاجترارية Autistic للاضطراب.

أ/ ٢/ ٣ المشكلات المتعلقة بالنوم.

أ/ ٢/ ٤ مشكلات الوجدان والذاكرة.

أ/ ٢/ ٥ مشكلات التوافق الاجتماعي.

أ/ ٢/ ٦ الذكريات الدخيلة.

أ/ ٣- مقاييس نفسية وسلوكية وخاصة أخرى مثل

أ/ ٣/ ١ اختبار تفهم الموضوع Thematic Apperception Test (T.A.T.) وهو اختبار إسقاطي.

أ/ ٣/ ٢ قائمة سلوك الطفل Child Behavior Checklist (CBC) وهي قائمة سلوكية.

أ/ ٣/ ٣ مقاييس خاصة بالاضطراب مثل:

أ/ ٣/ ٣/ ١ قائمة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة للأطفال Children's PTSD Inventory .

أ/ ٣/ ٣/ ٢ مقياس القلق الظاهر المراجع للأطفال Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) .

أ/ ٣/ ٣/ ٣ قائمة اكتئاب الأطفال Children's Depression Inventory (CDI).

أ/ ٣/ ٣/ ٤ الجدول المراجع لمسح المخاوف للأطفال Fear Survey Schedule for Children- Revised (FSSC- R).

وهو ما سنشير إليه باختصار بعد ذلك عند الحديث عن التقييم وتفسير نتائج الاختبارات.

ب- طرق القياس الفيزيولوجية للاضطراب:

استخدم في قياس الاضطراب وتحديد مدى شدته قياس الوظائف الفيزيولوجية ذات العلاقة والمرتبطة به مثل قياس معدل ضربات القلب باستخدام جهاز الرسام الكبرى للقلب EGG. كما يمكن الحصول على المعلومات والبيانات الخاصة بالوظائف الفيزيولوجية من سجلات المريض بالمستشفى مثل معدل ضربات القلب وضغط الدم بشقيه الانبساطي والانقباضي وعادة ما يستجيب المصابين باضطراب ضغط ما بعد الصدمة بحساسية زائدة واستجابية مرتفعة في المواقف التي ترتبط بالحادث الصادم سواء من قريب أو من بعيد. وبالطبع فإن الطرق الفيزيولوجية تكون مدعمة أو مكملة للقياس المعتمد على الاختبارات النفسية التي أشرنا إليها في القسم السابق. وكل صور القياس متكاملة لتعطى صورة دقيقة عن حجم الاضطراب ومداه.

ج- التقييم وتفسير نتائج الاختبارات:

يؤثر اضطراب ضغط ما بعد الصدمة على وظائف الانتباه والتركيز بصورة كبيرة وأكثر مما يحدث في وظائف ومهمات الذكاء المتبلورة مثل المعرفة اللفظية. وبالتالي فإن تطبيق مقياس وكسلر قد يشير إلى المدى الذي تأثرت به القدرات العقلية بصورة مؤقتة بأعراض الاضطراب. وقد تشير الدرجات المتدنية على المقاييس الفرعية في وكسلر والخاصة بالمدى الرقمي والحساب والترميز والبحث

الرمزي إلى وجود عيوب وخلل في وظائف الانتباه والتركيز والذاكرة وسرعة الإنتاج والمعالجة.

ويتوقع أن توجد أعراض نمط الشخصية (أ) Type (A) Personality والموجودة في قائمة منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية MMPI بين المراهقين المصابين باضطراب ضغط ما بعد الصدمة. وتشير هذه الأعراض إلى الشعور بعدم الرضا والعزلة وفقدان السيطرة والخبرات الفريدة وكذلك الابتعاد الاجتماعي والتعاسة.

وقد تظهر الاختبارات الإسقاطية كاختبار (T.A.T) واختبار رورشاخ Rorschach الموضوعات المقحمة أو الدخيلة، وكذلك الأبنية المعرفية الجامدة المنكرة. وتظهر الأبنية المنكرة بصورة مختصرة وغير متقنة ولكن واضحة في قصص T.A.T وفي الاستجابات للرورشاخ، ويمكن بتحليل قصص اختبار تفهم الموضوع التعرف على المخططات الخاصة بالمفحوص. وعلى سبيل المثال قد يحمل الطفل الذي تعرض باستمرار لأشكال سلطة تتصرف بطريقة غير شرعية وغير أخلاقية مخططات تتضمن أن السلطات مصدر خطر ولا يوثق بها.

وفيما يتعلق بقوائم التقييم السلوكية Behavioral Assessment المعتمدة على تقارير الآباء Parents- Report فهي تعتبر محدودة نسبيا في الاستخدام في تقييم أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لكنها قد تكون مفيدة ومساعدة في التعرف على المظاهر المرتبطة أو المشكلات المتزامنة الحدوث مع الاضطراب. ويسجل الأطفال المصابون باضطراب ضغط ما بعد الصدمة درجات عالية على قوائم الشطب في مقاييس القلق والاكتئاب ومشكلات التفكير والانتباه. وغالبا ما تكون درجات الانسحاب الاجتماعي أيضا عالية عند هؤلاء الأطفال.

أما عن الاختبارات الخاصة بالزملة أو بالاضطراب فإن جدول مقابلة اضطرابات القلق للأطفال Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-c) في مقدمتها. ويمكن أن يكون هذا الاختبار نقطة البداية لتقييم (PTSD) ويعتبر تطبيقه من أجل توثيق أعراض قلق الأطفال. وبصورة بديلة يمكن تطبيق قائمة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة المقدرة كلينيكيا -Clinician rated Children PTSD Inventory للمساعدة في تشخيص الاضطراب. وقد رتب استخدام هذه القائمة على أساس أعراض الاضطراب كما جاءت في محكات المراجعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الفعلية (Saigh, 1989) DSM III.

أما عن التقارير الذاتية Self Reporting التي يستجيب بها الأطفال عن أنفسهم (تقارير الأطفال Child- Report) فغالبا ما تكون درجات الأطفال المصابين باضطراب ضغط ما بعد الصدمة PTSD مرتفعة على مقياس القلق الظاهر المراجع للأطفال (RCMAS) وعلى قائمة اكتئاب الأطفال (CDI). وتوفر هذه المقاييس معلومات بشأن المستويات العامة للقلق والاكتئاب (Kranenberger & Mayer, 1996).

وتعتبر قائمة جدول مسح المخاوف للأطفال- المراجع (FSSC- R) أداة مفيدة لتقييم المخاوف الخاصة التي تبرز وتنشأ بسبب (PTSD). ويفيد تحليل تلك المخاوف في تحديد أهداف العلاج وأيضا الموضوعات التي ستطرح في الجلسات العلاجية.

القسم السابع

علاج وتأهيل مصابي اضطراب ضغط ما بعد الصدمة

أ- التمهيد للعلاج:

ينبغي بصورة أساسية أن يفهم المعالج معنى الحادث الصادم، لكنه لن يستطيع أن يحقق هذا الفهم إلا من خلال تعديل أو توضيح المخططات الرئيسية التي تجاوزها وخرقها الحادث الصادم. وتتم هذه العملية بإضافة جرعة الذكريات المؤلمة لتلك المخططات بحيث تتم معالجة هذه الذكريات في نفس الوقت، وأن يتم تجنب الانزعاج الانفعالي الذي سببته عملية الاستعادة المستمرة والمتكررة لذكريات الحادث الضاغط والصادم.

وغالبا ما تكون عملية المعالجة الأولية للذكريات مؤلمة وصعبة، ويعود ذلك لكونها تتسبب في التساؤل والتشكك بصحة المخططات الأصلية. وإذا وصلت تلك العملية إلى مستوى معين من الصعوبة فإنها تتخذ شكل الأعراض الدخيلة في الاضطراب (PTSD). وبطريقة مشابهة يحاول الفرد احتواء Contain آثار الذكرى الأليمة لكي لا يغرق بالانزعاج النفسي. ويأتي هذا الاحتواء للذكرى في صورة التجنب والأفكار. ويتراوح الفرد ما بين التجنب والأفكار والإقحام Intrusion كأسلوب لمعالجة الذكرى المؤلمة، وذلك أثناء محاولاته لجعلها لا تطغى عليه. ويطلق على هذه العملية معالجة الصدمة بالنفاذ خلالها Working Through Trauma.

وتستمر عملية معالجة الذكرى المؤلمة إلى أن يحدث الاتفاق بينها وبين المخططات المعرفية الجوهرية عند الفرد. والوضع النموذجي هو أن تصبح الذكرى والمخططات متكاملة ومندمجة معا بحيث يمكن للفرد الوصول إلى أي منهما بدون الشعور بتناقضهما. وإلى أن يحدث هذا الانسجام يستمر الحادث الضاغط في الذاكرة النشيطة للفرد مهددا له بالظهور، وبالتأثير على أفكاره وسلوكياته بدون أي إنذار أو تحذير مسبق. ويحدث اضطراب ضغط ما بعد الصدمة عندما يصبح المدى في التأرجح ما بين الإقحام والإنكار مفرطا وزائدا، وعندما يتدخل الإقحام والإنكار بصورة دالة في أداء الفرد لمدة طويلة وثابتة ومستمرة من الزمن (Horowitz, 1986. Kronenberger & Meyer, 1996) .

ب- أهم البدائل العلاجية:

يعد العلاج المبكر ضروريا وإلزاميا، وقد يكون هو القاعدة لأن اضطراب ضغط ما بعد الصدمة يتضمن نتائج طويلة الأمد على الأداء الشخصي للفرد المصاب به (Eth, 1990) . وبصورة عامة يكون الهدف من فنيات علاج (PTSD) هو دمج الحادث الضاغط وما يرمز إليه داخل مخططات الفرد الثابتة بشأن العالم. وتعد عملية التفعيل في بيئة آمنة جزءا ضروريا في هذه العملية العلاجية (Cantwell & Baker, 1989).

ويعد العلاج بأسلوب تقليل الحساسية المنظم Systematic Desensitization نحو المثير الصادم والعلاج بالغمر Flooding Therapy والعلاج التفجري Implosive Therapy طرق تدخل سلوكية يمكن استخدامها مع الأطفال ومع المراهقين المصابين بالاضطراب. وتبطل هذه الفنيات العلاجية حالة الإثارة الشرطية. وبدون هذه التدخلات العلاجية فإن المستويات العالية من استرجاع ردود الفعل الانفعالية التي تمت خبرتها في الحادث الصادم-، بالإضافة إلى الافتقار إلى التعود على مثيراته بسبب التجنب- تتجمع للحيلولة دون حدوث الانطفاء المتوقع لحالة القلق بمضي الوقت (Straker, et. al, 1988)

وكما ذكرنا فإن الهدف من العلاج النفسي لحالات اضطراب ضغط ما بعد الصدمة والذين نجوا من تعرضهم للمآسي والكوارث هو تحقيق التكامل بين ذكريات الحادث الصادم والمخططات المعرفية الحالية للفرد المصاب. وبصورة عامة تتنوع طرق العلاج النفسي التي صممت لتحقيق هذا الهدف لأن تتألف من عدة عناصر ومكونات مشتركة كما يلي:

- الكشف المنظم Systematic Opening up والإغـلاق المنظم Systematic Closing للذكريات بهدف إزالة حسـاسية الفرد بالجانب الانفعالي فـيها إلى أقصى درجة ممكنة وإلى درجة السـيطرة عليه بعد ذلك بالكامل. وتحدث عـمليتا الكشف والإغلاق استنادا إلى الدرجـة التي يستطيع فيها الفـرد أن يستعيد ويعـادل الشعور بذكريات الحادث الصادم بدون أن يغرق فيها.

- مـعـالجة ذكـريات الحـادث الصـادم Processing of Traumatic Event Memories وغالـبا ما يتـحدث المصـابين بـ (PTSD) عن قصص غـير مـحكمة وسريعة تتعلق بخبرتهم المأساوية. ويتـضمن العلاج النفسي المتمركز على اضطراب ضغط PTSD- Focused Psychotherapy ما بعد الصدمة ضـرورة تقديم تفسيرات تفصيلية لما حدث، وكيفية شعور الفرد. وكيف يفكر، وما الذي يتوقع حدوثه بعد ذلك. وتساعد عملية استعادة الخبرة الدامية على إنجاز هذه المهمة بنجاح.

- تسعى العلاجات النفـسية المتمركزة على اضطراب ضغط مـا بعد الصدمة لتغيير تفسيرات الفرد المعرفية- الانفعالية للذكريات استنادا إلى الإنتاج المتقن داخل البـيئـة العلاجـيـة الآمنة. فالفـرد المصاب يـستطيع التـغيـيـر من كونه مـشاركـاً (Participant) في الذكـريات إلى كـونه مـلاحظا (Observer) لتلك الذكـريات. ويتيح دور الملاحظ للمريض السيطرة والتحكم والوصول إلى الذكريات المؤلمة بدون أن يغرق ويسقط داخلها.

- تساعد العلاجـات النفسية المتمركزة على اضطراب ضغط مـا بعد الصدمة المريض على فـهم وإيجاد معـنى لذكريات الخبـرة المؤلمة التي تعرض لـها ومن ثم دمجها داخل عالمه.

ج- العلاج بالتعرض في مواجهة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة:

لقد ظهرت العلاجات بالتعرض Exposure Therapy ضمن العلاج المعرفي السلوكي (CBT) استجابة للحاجة إلى تدخلات مكثفة ومباشرة وفعالة بصورة أكبر لمواجهة اضطرابات الضغط والقلق وبصـورة خاصة أصبحت حديثا موجـهة لمعالجة مرضى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

وتوجد العديد من الفنيات السلوكيـة التي ترسم معالم هذا النوع من العلاج بما في ذلك تقليـل الحسـاسية المنهجـي أو المنظـم والتعرض للواقع الحي والتخيلي



In Vivo and Imaginal والعلاج بالغمر Flooding[1] والعلاج التفجري Implosive Therapy[2]، والإجراءات المستندة إلى عمليات الانطفاء Extinction[3] كالانطفاء التدريجي، والانطفاء الكامن والنمذجة بالمشاركة Participant Modeling. هذا بالإضافة إلى الإجراءات والفنيات العلاجية الواردة من خارج نظريات التعلم وعلم النفس التجريبي كالتنويم الصناعي أو الإيحائي Hypnosis والهدف المتناقض Paradoxical Intention[4].

وتتضمن فنية تقليل الحساسية المنظمة المزاوجة بين الاسترخاء العضلي العميق إما مع الصور التخيلية للحادث الصادم أو مع المثير المذكّر (In vivo) بالحادث الصادم. ويتألف التعرض للواقع الحي (In vivo) من التلميحات والمثيرات المأساوية من العودة إلى مسرح الحدث الصادم والاقتراب تدريجيا من التلميحات والمثيرات (Cues) الأكثر إثارة للمشاعر المرتبطة بالحادث الصادم وذلك أثناء ممارسة الاسترخاء التلميحية مثل التنفس العميق والتخيل المسبب للاسترخاء.

ويتيح البناء الدقيق للهرم التدريجي Graduated Hierarchy للمثيرات المؤلمة، بالاتفاق مع المسترشد المصاب بـ (PTSD) للمعالج أن يراقب المدى الذي يحققه في مواجهة التلميحات أو العلامات المحثة للقلق Anxiety Induced Cues ولكي يقرر ما إذا كان المريض قد أصبح جاهزا للخطوة التالية.

ويتضمن تقليل الحساسية التخيلي استخدام التخيل واتباع نفس المبادئ

---

(١) الغمر Flooding: أسلوب من أساليب العلاج السلوكي يتعرض فيه الفرد وعلى نحو مباشر لموقف مخيف بأقصى شدة ممكنة دون أي تدرج في ذلك. (جابر، كفافي، ١٩٩٠، ١٣٠٤)

(٢) علاج تفجري Implosive Therapy: فنية من فنيات علاج السلوك يشجع فيها المريض عدة مرات على أن يتخيل موقفا مثيرا للقلق وأن يعيشه إلى أقصى درجة ممكنة أثناء هذا التخيل. ولما كان الموقف لا يتضمن تهديدا حقيقيا ولا يثير القلق في الواقع فإن استجابة القلق لا تلقي تدعيما، ومن هنا فإنها تضعف بالتدريج إلى أن تتلاشى (جابر، كفافي، ١٩٩١، ١٦٨٣).

(٣) الانطفاء Extinction: تضاؤل تدريجي لشدة الاستجابة أو معدلها عندما يستجيب المثير غير الشرطي أو التعزيز. ويقصد بالمصطلح في الفيزيولوجيا العصبية تناقص مطرد في قابلية عصب للاستثارة إزاء مثير مناسب حتى يصبح غير قابل للاستثارة كلية (جابر، كفافي، ١٩٩٠، ١٢٢٩).

(٤) الهدف المتناقض أو النية المتناقضة Paradoxical Intention طريقة طورها فيكتور فرنكل V. Frankl لعلاج الخوافات. وفي هذه الطريقة يحث المريض على أن يحسم استجاباته الخرافية مثل العرق وزيادة دقات قلبه في مواقف مخيفة حقيقية. وهذا يمكن المريض من أن يحتفظ بمسافة بينه وبين أعراضه وخاصة إذا استطاع أن يسخر من نفسه في الموقف. (جابر، كفافي ١٩٩٣، ٢٦٠٨).

المستخدمة في أسلوب تقليل الحساسية بالتعرض للواقع. والفارق البارز بينهما هو أن تقليل الحساسية بالتخيل يستخدم الذكريات والصور أو التمثلات المعرفية الأخرى للحادث الصادم. ويشكل المعالج النفسي في كلا المنهجين العلامات أو التلميحات بالاتفاق مع المسترشد، ومن ثم ينتقل إلى العنصر الثاني من الهرم عندما يكون المسترشد قد أتقن التحكم والسيطرة على العلاقة أو المثير السابق.

ويكون العلاج بالغمر من خلال التعرض للملمحات أو العلامات الصادمة لتشجيع ظهور خبرة القلق (أو الانفعالات المنفرة الأخرى). ويقترب المسترشدون من العلامات الصادمة بوجود العلاقة العلاجية وما تشيعه من إحساس بالأمان والسلامة، وبالتالي يخبرون المشاعر القاسية المؤلفة المرتبطة بالعلامات، ويخبرون التراجع الحتمي في الخبرة الانفعالية (وهذا يستغرق وقتا طويلا قد يصل إلى مائة دقيقة أو أكثر من زمن الجلسات العلاجية) ويناقشون الأبنية البديلة للحادث ومعناه، ويكررون هذا التسلسل عدة مرات إلى أن يصبح الحادث أو المثيرات أقل مقتا.

ويعد العلاج التفجري فنية تخيلية تشجع على التعرض للحادث الصادم الأصلي باستخدام إعادة تفعيل وتنشيط الذكريات. وعندما يستحيل استخدام التعرض للواقع الحي فإن أسلوب العلاج التفجري يوفر بصورة فعالة الوسط والبيئة المناسبة للوصول للذكريات الصادمة. ويتميز العلاج التفجري عن علاج الغمر التخيلي بميزة استخدامه للعوامل التي ترتبط مع تطور اضطراب ضغط ما بعد الصدمة مثل القياس وفقدان التحكم والسيطرة وتعد هذه المتغيرات جوهرية وأساسية في تطور واستمرارية الأعراض المرتبطة بالمأساة أو بالحادث الصادم. وبالتالي تعد عملية مواجهتها أمراً حاسماً في العلاج بالتعرض من أجل استثارة الاستجابة الفعالة والبدء بالإنتاج الانفعالي للحادث (Keane, 1995).

د- مراحل علاج اضطراب ضغط ما بعد الصدمة:

تعد أنماط أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة مرحلية في طبيعتها، حيث تتصف هذه المراحل بفترات من الخبرات المقحمة أو المعاد إحياؤها وتتغير إلى مراحل من أعراض التجنب وبلادة الشعور. وقد تتداخل تلك الأعراض في بعض الأحيان، أو قد تكون متسلسلة أحيانا أخرى. وتستمر لفترات طويلة أو قصيرة من الوقف. وعندما يتعرض المرضى لتفاقم حالاتهم فإن هذا غالبا ما يكون استجابة

لضغوط حالية أو نتيجة التعرض لمثيرات تذكرهم بالحادث الصادم. وتتضمن هذه المراحل من الإثارة وتفاقم الأوضاع وعدم الاستقرار والتنظيم. واضطراب نفسي واجتماعي في حياة هؤلاء المرضى مما يجعلهم عرضة بصورة أكبر لتعاطي المخدرات (Keane, 1995)

وقد تدفع مرحلة من مراحل الأزمات السابقة العديد من المرضى نحو العلاج. ولا يعد هذا الوقت هو الوقت الملائم للبدء بأي شكل من علاجات التعرض. ومن المستحسن أن نوجه الجهود العلاجية الأولية نحو حل الأزمة المأساة أو الضاغطة وتحقيق الاستقرار أو الثبات وتعديل السلوكيات الخاطئة وغير المرغوبة. وما لم تتوفر درجة الاستقرار في حياة المريض فليس من الحكمة البدء بأي شكل من العلاج المكثف. وهذه هي المرحلة الأولى. وهي مرحلة الاستقرار الانفعالي والسلوكي من مراحل علاج PTSD المتعددة.

وتتركز المرحلة العلاجية الثانية على قضايا تعليم المرضى بشأن اضطرابهم، والآثار الناجمة عن توتر ضغط ما بعد الصدمة المزمن وتضمينات هذا الاضطراب في علاقاتهم بين الشخصية واستجاباتهم نحو الضغوط العادية، ومدة استمرارية الاضطراب وتتميز مرحلة التعليم حول الصدمة Trauma Education Phase بالتأكيد على توفير الفهم الأساسي للنتائج الواقعة على الأشخاص الذين تعرضوا لأحداث صادمة مهددة لبقائهم على قيد الحياة والذين أصيبوا في النهاية باضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

وتؤكد المرحلة الثالثة على تعليم مهارات خاصة لمساعدة الأفراد على إدارة القلق والضغوط والاستجابات للضواغط البين شخصية والتحكم فيها. وتشكل استراتيجيات التدريب على الاسترخاء والمهارات بين الشخصية وضبط الغضب والتحكم فيه وحل المشكلات والمهارات الرئيسية التي ينبغي أن يتعلمها المرضى، وبالتالي يطلق على هذه المرحلة (الثالثة) مرحلة إدارة الضغوط والتحكم فيها Stress Management Phase وتعد هذه المهارات بمجرد إتقانها عنصرا مهما للاستخدام خارج الموقف العلاجي. ولكنها تعتبر حاسمة من أجل غرس الشعور بالكفاية الذاتية لدى مرضى PTSD ليتمكنوا بالتالي من التحكم في الضغوط التي يتعرضون لها وحسن التعامل معها.

ولا تعتبر هذه المهارة (مهارة إدارة الضغوط) ذات قيمة أو فائدة عندما يدخل المرضى المرحلة الثانية من العلاج، حيث ينتقل العمل العلاجي من التركيز على

اكتساب المهارة إلى المعالجة الانفعالية للحادث الصادم وتسلسله. وعندما يتحول العمل العلاجي نحو الحادث الصادم فإن المرضى يمكنهم الاستفادة باستخدام مهارات إدارة الضغوط التي تعلموها لتساعدهم في التعامل مع الضغوط التي قد يتعرضون لها في المستقبل.

وتحدث المرحلة الرابعة من العلاج وهي مرحلة التركيز على الصدمة Trauma Focus Phase عندما يتقن المرضى المهارات الضرورية بحيث تمكنهم أن يشعروا بأنهم مهيأون ومستعدون بصورة أكبر للتدخل المباشر والمكثف والمتعلق بالحادث الصادم الذين تعرضوا له. وتعد الاستراتيجيات الخاصة بعلاج التعرض السابق الإشارة إليها من الخيارات العلاجية المرغوبة والمفضلة لتفادي الحادث الصادم أو الضاغط. ويعود ذلك لكون علاج التعرض يجمع ما بين المثيرات والملمحات السلوكية والفيزيولوجية والمعرفية، ولأنه سيوفر سبلا ووسائط أكثر للوصول إلى النتائج الإيجابية.

وباختصار يمكن تلخيص مراحل علاج البالغين المصابين باضطراب ضغط ما بعد الصدمة كما يلي:

- اكتساب المعرفة حول الصدمة.
- إدارة الضغوط.
- التركيز على الصدمة.
- الوقاية من النكسة.
- المتابعة والاحتفاظ.

هـ- علاج الأطفال الذين تعرضوا للاضطراب:

يتعرض الأطفال كثيرا لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة لحساسيتهم وضعف تحملهم وحساسيتهم الشديدة لبعض المثيرات. ويصف العالمان دويل، بوير Doyle & Bauer (1989) نموذجا من العلاج النفسي الشامل والمنظم للأطفال الذين تعرضوا لمأساة قاسية، يتكون من خطة علاجية ذات سبع خطوات كما يلي:

- إنشاء العلاقة العلاجية The Therapeutic Relationship: يقوم المعالج بتكوين علاقة مع الطفل- قبل البدء بظهور أي توتر ذو صلة بالعمل

العلاجـي- وذلك بواسطة النشاط واللعب أو الكلام. وغـالبا مـا يكون المعالج في هذه المرحلة موجها ومباشرا بصورة أقل ولا يجبر الطفل على مناقشة الموضوعات الضاغطة عليه.

- تقديم المعلومـات بشأن عمليـة «الشفاء من الضـغوط» Stress Recovery Process وتتــضـــمن هذه الخـطوة من التــعليـم النفـسي -Psycho Educational تفسـيرا لكيفيـة تسلسل وتطور العلاج والمبرر الذي يفـسر ويقف وراء الحاجة للعمل على معالجة الخبرة الصادمة.
- إدارة الضغوط والعـمل على التقليل منها Management and Reduction of Stress: وتتخـذ هذه الخطوة شكلا مختلفـا داخل البرامج العلاجـية المخـتلفـة، لكنهـا بصورة عـامـة تـضمن تعـريف الضـغـوط وتعليم استراتيجيات للتحكم في الضغوط وإدارته عندما يظهر. وتستخدم فنيات هذه الخطوط داخل وخارج الجلسات العلاجية.
- صيـاغة المشاعـر بوضوح Articulation of Affect: تتضمن هذه الخطوة مناقشـة المشاعر ذات الصلة بـالصدمة، ونتـائجها وآثارها بالإضـافة إلى التحدث عن الانفعالات الحالية الراهنة.
- إعادة خـبرة الصــدمة Re-experience of the trauma: يستـخدم اللعب والطرق اللفظية لإعادة إحياء الحادث الصادم داخل بيئة علاجية آمنة.
- التحول المعرفي Cognitive transformation: استدعاء تفـسيرات الطفل للصدمة ثم معالجة آثارها بالاشتراك مع المعالج.
- تكامل الخبرة Integration of Experience: يفهم الطفل ويصل إلى معنى للصدمة على ضوء المخططات الحالية الموجودة لديه. (Kronenberger & Mayer, 1996).

حالة توضيحية:

أحمد طفل في الثانية والنصف من عمره تم تحويله إلى العيادة النفسية بسبب مشكـلات النوم الحادة التي أصـبح يظهرها في الآونة الأخـيرة. وتشـير التـقارير السردية ودراسـة الحالة إلى أن نوم أحـمد أصبح مـتقطعـا ومصحـوبا بكوابيس، وبخوف وبكاء شديدين. ويشـير الوالدان إلى أن بداية ظهور اضطرابات النوم عند

أحمد قد بدأت عقب تعرضه لحادث سيارة أصيب على أثرها بجروح وإصابات شديدة. وقد وقع الحادث عندما تركت الأم الطفل يلعب وحده خارج المنزل في الساحة الأمامية. وبعد ذلك بفترة قصيرة ركض مندفعا نحو الشارع حيث صدمته إحدى السيارات التي كانت تمر أمام المنزل بسرعة بالغة.

وقد أدخل أحمد المستشفى أثر ظهور مؤشرات لإصابته بصدمة وارتجاج دماغي بسيط Minor Conuession وغادره بعد بضعة أيام. وقد ظهرت أعراض الخوف وقلق الانفصال الحادة مباشرة بعد ذلك. وأصبح يخاف بشدة من أي موقف يتضمن مغادرة المنزل أو الذهاب إلى الشارع. ويشير الوالدان إلى أن الطفل كان يبقى مستيقظا لأوقات طويلة، وأنه كان يردد كلمات تتعلق بالحادث في الأوقات القليلة التي كان يغفو فيها.

وقد أكدت نتائج تقييمات رسوم النشاط Actigraphic Assessments (وهو عبارة عن إجراء يتّبع لمراقبة نشاط الطفل في حالة النوم- الاستيقاظ) على صدق تقارير الوالدين حول وجود مشكلة نوم حادة. وشخصت حالة الطفل بأنها اضطراب حاد لضغط ما بعد الصدمة Acute post Traumatic Stress Disorder. وتم البدء بتدخل علاج نفسي قصير الأمد متمركز حول الطفل ووالديه.

و- التأهيل والاستراتيجيات المهنية لمرضى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة:

يستطيع مرشدو التأهيل Rehabilitation Counselors الذين يعملون مع مرضى تطبيق واستخدام استراتيجيات وتجهيزات لزيادة فرص انسجام المرضى مع بيئة العمل ولرفع احتمالية نجاح جهود التأهيل. ويمكن توضيح القضايا الرئيسية والكيفية التي يتناول بها مرشدو التأهيل تلك القضايا التي تعكس الدور المنوط بهم كما يلي:

- يعاني مرضى PTSD من ضعف القدرة على الجمع ما بين مهاراتهم وقدراتهم داخل موقف العمل الملائم. وبالتالي فإن مرشدي التأهيل قد يساعدون مسترشديهم في التعرف على مهاراتهم وتحديد قدراتهم وكيفية تفاعلها مع الحاجات الخاصة لبيئة العمل. وقد توفر التقييمات الرسمية والاختبارات النفسية المعلومات الكفيلة بتحديد قدرات المسترشد ذات

الصلة بالعمل. وتساعد المراجعة المشتركة مع المسترشدين نتائج تلك المقاييس على توفير فهم دقيق لدى هؤلاء المرشدين لتلك القدرات مما يمكنهم من التخطيط لبرنامج التأهيل بصورة كفئة.

- يجب أن يتناول مرشدو التأهيل من خلال الإرشاد المهني أو الاستشارة المهنية مع صاحب العمل حاجات المسترشد الأساسية في أن تتوفر له بيئة عمل منظمة Structured Work Environment. ويعتمد مستوى البناء الذي يحتاجه المسترشد في بيئة العمل على شدة حالة PTSD، والأحداث المثيرة المحتمل أن تكون مرتبطة بالصدمة. ويبدو من المهم لدى العمل مع الحالات المعتدلة والشديدة من الاضطراب (PTSD) توفير بنية عمل متوقعة يمكن التنبؤ بها Predictable توفر للمسترشد الخيار في العمل بصورة مستقلة (Strouser & Lusting, 2001). وغالبا ما تؤدي عمليات تعديل معدلات العمل والمكان الذي يعمل داخله المسترشد إلى التقليل من مستوى القلق والخوف داخل بيئة العمل وتؤدي بالتالي لرفع إنتاجيته.

- من المهم بالنسبة للمسترشد المصاب بمرض (PTSD) أن يحصل على الدعم الاجتماعي خارج بيئة العمل (Fischler & Booth 1991) ويعد الجمع ما بين الإرشاد الفردي والاشتراك في جماعات الدعم Support Group مفيدا من أجل إنقاص تضمينات ومضاعفات PTSD المهنية في بيئة العمل. فمثلا تكون الجلسات الفردية مع المسترشد خلال مرحلة المتابعة للتعيين في وظيفة أو التسكين في عمل أمرا مهما للغاية.

- ويجب أن يركز مرشد التأهيل المهني خلال الإرشاد على زيادة مستوى القضايا التالية عند المسترشد المصاب بـ (PTSD):

* معرفة المسترشد بمدى خدمات الصحة النفسية المتوفرة محليا والإستراتيجيات اللازمة للوصول والاستفادة من هذه الخدمات.

* معرفة المسترشد بالأعراض المرضية التي يظهرها.

* القدرة على التحديد الذاتي عندما يكون المسترشد بحاجة إلى خدمات إضافية في مجال التأهيل أو الصحة النفسية.

- يحتاج مرشد التأهيل إلى العمل مع المسترشد لتقرير ما إذا كان من الأجدر والمفيد للكشف عن إصابة (PTSD) لصاحب العمل من أجل رفع احتمالية النواتج المهنية الناجحة. والمردود السلبي المتوقع نتيجة عملية الكشف هذه هو أن المسترشد قد يكون عرضة لبعض اتجاهات التعصب ضده أو قد يفهم من قبل صاحب العمل بأنه عاجز حتى عندما يؤدي عمله بكفاءة. أما الفائدة المتوقعة أيضا من عملية الكشف عن حالة المسترشد لمشرفي العمل وزملاء المسترشد فإنها تشتمل على توفير الدعم. وتساعد صاحب العمل في فهم جدوى توفير التجهيزات المفيدة في رفع إنتاجية المسترشد (Strauser & Lnstig, 2001).

ملحق الفصل الخامس

معدلات انتشار استجابات اضطراب ضغط ما بعد الصدمة بين فئات العمر المختلفة

الأعراض	Symptoms	الفئات العمرية				
		كل الأعمار	ما قبل المدرسة	سن المدرسة	المراهقين	الراشدين
المحكات والأعراض طبقاً لـ DSM - IV						
ب- إعادة الخبرة	**Reexperiencing (1 required)**	٪٨٩		٪٩٢	٪٦٤	٪٤٤
ب/ ١ ذكريات مقحمة	**Intrusive memories**	٪٣٤		٪٤٦		٪٤٥
ب/ ١ لعب ما بعد الصدمة	**Post traumatic play**	٪٢٣	٪٣٩	٪١٤		
ب/ ١ أحلام اليقظة حول الحادث	**Day dream about event**	٪٤٨		٪٢٦		
ب/ ١ ثرثرة حول الحادث	**Talkative about event**	٪٣١		٪٣١		
ب/ ٢ أحلام مزعجة	**Bad dreams**	٪٣١	٪٦٩	٪٢٣	٪٣٠	٪٣٦
ب/ ٣ إعادة إحياء الحادث	**Reliving the event**	٪٢٩		٪٤٠	٪٤٠	٪٢٩
ب/ ٣ إعادة تفعيل الحادث	**Reenactment of the event**	٪٤٠		٪٥٤		
ب/ ٤ التذكارات مكدرة	**Reminders are distressing**	٪٥١	٪٨٩	٪٤٢	٪٥٠	٪٢٦
ب/ مخاوف مرتبطة بالصدمة	**Trauma- specific fear**	٪٣١	٪٣١	٪٣٥	٪١٨	٪٤٥
ب/ ٥ شكاوى جسيمة	**Somatic complaints**	٪٢٣	٪١٥	٪٣٥	٪١٦	٪٤٥
ج- التجنب- الحذر	**Avoidance/ Numbness (3 required)**	٪٤٦		٪٣٠		٪٣١
ج-حذار	**Numbness**	٪٤٧	٪٦٥	٪٤٤	٪٦٢	٪٢٣
ج/ ١ محاولات نسيان ما له علاقة بالحادث	**Tries to forget about the event**	٪٢٤		٪٢٥	٪٤٦	٪٤٦

تابع

معدلات انتشار استجابات اضطراب ضغط ما بعد الصدمة بين فئات العمر المختلفة

الأعراض	Symptoms	الفئات العمرية				
		كل الأعمار	ماقبل المدرسة	سن المدرسة	المراهقين	الراشدين
ج/ ٢ تجنب تذكارات	Avoids reminders	٣٢٪	٨١٪	٣٦٪	٣٢٪	٣٣٪
ج/ ٣ عدم القدرة على تذكر أجزاء من الحادث	Unable to recall parts of events	١٢٪		صفر	٣٦٪	٢٧٪
ج/ ٤ فقدان الاهتمام بالأنشطة	Loss of interest in activities	٣٦٪		٤٢٪	٣٢٪	٢٨٪
ج/ ٥- ج/ ٦ الابتعاد أو الانسحاب	Detached or with drawn	٢٥٪	٣٠٪	٣٣٪	٢٤٪	٣٤٪
ج/ ٧ التشاؤم حول المستقبل	Pressimistic about the future	١٩٪		٣٥٪	٨٪	٦١٪
د- إثارة زائدة	Over arousal (2 required)	٦٦٪		٥٥٪		٤٣٪
د/ ١ صعوبة الإخلاء إلى النوم	Diffculty sleeping					
د/ ٢ التهيجية	Irritability	٢٣٪	٢٨٪	١٤٪	١٦٪	٢٠٪
د/ ٣ صعوبة التركيز	Diffculty concentrating	٤١٪	١٩٪	٥٧٪	٢٠٪	٤١٪
د/ ٤ فرط اليقظة	Hypervigilant	٢٥٪	٢٤٪	٣٤٪	٤٤٪	٢٧٪
د/ ٥ استجابة الإجفال الزائدة	Exaggerated startle response	٢٨٪		٣٧٪	٣٢٪	٣٨٪
تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة	Diagnosis PTSD	٣٦٪	٣٩٪	٣٣٪	٢٧٪	٢٤٪
أعراض مصاحبة أو تشخيص	Associated symptoms or diagnosis					
قلق معمم	Generalized anxiety	٣٩٪	٥٧٪	٥٢٪	١٤٪	٣٨٪
قلق انفصال	Separation anxiety	٢٣٪	٣٦٪	١٦٪	٤٪	

تابع

معدلات انتشار استجابات اضطراب ضغط ما بعد الصدمة بين فئات العمر المختلفة

المحكات والأعراض	Symptoms	الفئات العمرية				
		كل الأعمار	ماقبل المدرسة	سن المدرسة	المراهقين	الراشدين
هلع	Panic	٪٨		٪١٩	صفر	٪١٨
اكتئاب	Depression	٪٢٥	٪٣٤	٪٢٢	٪٢٢	٪١٤
ذنب	Guilt	٪٤٣		٪٣٣		٪١٥
سلوك نكوص	Regressive behavior	٪١٣	٪١٧	٪١١	٪٤	
سلوك عدواني أو مناهض للمجتمع	Aggressive or antisocial behavior	٪١٨	٪٣٠	٪١٢	٪٤	٪٣٥
تقدير الذات المختص	Low self-esteem	٪٣٤		٪٥٣		
استجابة تفككية	Dissociative respone	٪٤٨		٪٤١	٪٤٨	٪١٦
سلوك مدمر للذات	Self - destructive behavior	٪٩	٪١	٪١٥		
مشكلات الأكل	Eating problems	٪٧		٪١٤		
تكوين الفأل	Omen formation	٪٣٦		٪٣٠		
المشي أثناء النوم (السرنمة)	Sleep walking	٪١		٪١		
اضطراب التوافق	Adjustment disorder	٪٢٠		٪١٤		
ضعف الانتباه وفرط الحركة	ADHD	٪١٣		٪٣٤		

From: Fletcher, K.I. (1996). Childhood - Posttraumatic stress disorder.

مراجع الفصل الخامس

١- جابر عبـد الحميد ، عـلاء الدين كفافي: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثانى، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٨٩.

٢- جابر عبـد الحميد، عـلاء الدين كفافي: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٠.

٣- جابر عبـد الحميد، عـلاء الدين كفافي: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الرابع، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩١.

٤- جابر عبـد الحميد، عـلاء الدين كفافي: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء السادس، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٣.

٥- جابر عبـد الحميد، عـلاء الدين كفافي: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثامن، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٦.

6. American Psyciatric Association (1994): Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (D.S.M IV.): Washington DC., A.P.P.

7. American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and statistical manual of mental health (D.S.M IV.) text revision, Washington D.C. American Psychiatric Press.

8. Bernstien, G. and Borchardt, C. (1991): Anxiety disorders of childhood and adolescence. Acritical review. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 519-532.

9. Cantwell, D. and Baker, L. (1989): Anxicty disorder in I.K. Hsu and M. Hersen (Eds). Recent Developments in adolescent psychiatry (pp. 162-199), New York, Wiley.



10. Deblinger, E. Mcleer, S.; Atkins, M.; Ralphe, D. and Foa, E. (1989): Posttraumatic stress in sexuality abused, physically abused and nonabused children. Child Abuse and Neglect, 13, 403-408.

11. Famularo, R. Kinscherff, R. and Fenton, T. (1990): Symptom differences in acute and chronic presensation of child hood postraumatic stress disorder child Abuse and Neglect. 14, 439-444.

12. Fletcher, K. (1996): Childhood post traumatic stress disorder. A Review. International Journal of Emergency. Mental Health, 2, 135-140.

13. Horowitz, M. (1988): Stress response syndrome. Northvale, NJ: Aronson.

14. Horowitz, M.; Wilner, N. and Alvarez, W. 919790: Impact of Event Scale: A measure of subjective stress Psychosomatic Medicine. 41: 209-218.

15. Kaplan, H. and Sadock, B. (1988): Synopsis of psychiakry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry (5th ed.). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.

16. Keane, T. (1995): The Role of exposure therapy in the psychological treatment of PTSD. NCP Clinical Quarterly, 5(4): p. 10.

17. Keim, J. Strauser, D. and Malesky, L. (2000): PTSD. life satisfaction and work personality: Expanding woman's potential at work. Presentation at the American Counseling Association Annual conference, Washington D.C.

18. Kronenberger, W. and Meyer, R. (1996): The Child Clinician's Handbook. Needham Heights, M.A.: Allyn and Bacon.



19. Maxman, J. and Ward, N. (1995): Essential psychtherapy and its treatment. (2nd ed), New York, Norton.

20. National Center for Post-Traumatic Stress Disorder (NCPTSD) (2000) PTSD: In Children and Adolesceneces.

21. Pynoos, R. (1990): Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. in B.D. Garfinkel, G.A. Carlson and E.B. Weller (Eds) Psychiatric disorders in children and addescents. (pp 48-63) Philadelphion: Saunders.

22. Sadeh, A. (1996): Stress, traumo, and sleep in children. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 5, 685-700.

23. Saigh, P. (1989): A Comparative analysis of the affective and behavioral symtpomology of traumatized and nontramatized children. Journal of School Psychology, 27, 247-255.

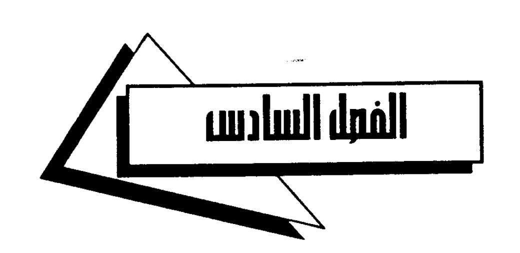
24. Straker, G., Moosa, F. and Sanctuaries Counseling Team (1988): Post-traumatic stress disorder. A reaction to state, supported child abuse and nelect. Child Abuse and Neglect, 12, 383-395.

25. Strauser, D. and Lustig, D. (2001): The implication of posttraumatic stress disorder on vocational behvior and rehabilitation planning. Journal of Rehabilitation, 4, 8 pp.

26. Watson, C., Kucala, T. Manifold, Juba, M. and Vassar, P. (1988): The relationship of post traumatic stress disorder to addescent illegal actioities, drinking and employment. Journal of Clinical Psychology, 44, 592-598.







حالات الإصابة العضلية العصبية والعضلية الهيكلية

الشلل الدماغي، العمود الفقري المشقوق، التهاب المفاصل الروماتزمي

- أهداف الرعاية في مجال اضطرابات الأطفال العضلية
- نموذج التكيف الارتقائي النظري
- أثر وجهات نظر الأطفال على إصاباتهم
- الإطار الزمني الارتقائي للإصابات الجسمية
- الشلل الدماغي
  - تعريف الشلل الدماغي
  - أسباب الشلل الدماغي
  - فئات الشلل الدماغي
  - علاج الشلل الدماغي والتخفيف من أثاره
- العمود الفقري المشقوق
  - تعريف الإصابة
  - نتائج الإصابة
  - العلاج والتخفيف من آثار الإصابة
- التهاب المفاصل الروماتزمي
  - تعريف الإصابة
  - أنواع الإصابة
  - العلاج والتخفيف من آثار الإصابة

■ ○ ■ ○ ■

حالات الإصابة العضلية العصبية والعضلية الهيكلية

الشلل الدماغي، العمود الفقري المشقوق، التهاب المفاصل الروماتزمي

القسم الأول

تمهيد في أهداف الرعاية في مجال اضطرابات الأطفال العضلية

تعتبـر الاضطرابات العضلية العصـبية Neuromuscular والعضلية الـهيكلية Musculoskeletal خاصة التي تصيب الأطفال واحدة مـن أهم التحديات الرئيسية لأخصائي التأهيل النفسي في القرن الواحد والعشرين. وتتضمن مساعدة هذه الفئة -من ذوي الاضطرابات الولادية أو المكتسبة- جهود العـديد من التخصصات المهنية التي تهدف إلى:

- التقليل من حجم التضرر الصحي المزمن المرتبط بهذه الإصابات.
- زيادة المهارات الحياتية الوظيفية إلى الحد الأعلى الممكن.
- تحسين نوعية أسلوب الحياة القائم على مبدأ الشخص المدفوع بدوافع معينة وذلك من خلال تدعيم اختيارات الفرد.

وتبذل هذه الجـهود المتضـافرة حتى يسـتطيع الأطفال الذين أتوا إلى الحـياة ولديهم إصابات جـسمية أن يتمـتعوا بنوعيـة حياة عالية المسـتوى، ذلك في إطار التطور والتقدم الهائل الذي حدث في العقود الماضية في العلوم الطبية والسلوكية.

القسم الثاني

نموذج التكيف الارتقائي النظري

إن الطريقة التي ننظر بهـا إلى مشكلة مرض الأطفال وإعاقـتهم هي المشكلة الحقيقـية، كما أن الكيفيـة التي نتصور بها الفروق بين البشـر وعملية التكيف هي المشكلة بعـينها (Harper 1991). ويعتـبر النمـوذج النظري Theoretical Model مكونا هاما وأساسـيا في الممارسة والبحث الـلذين يسعيان إلى فهم الآثار النفـسية للاضطرابات الجسـميـة المزمنة. وعادة ما يفـرض المنهج النظري -وفي مسـتويات مختلفة- خطة وموقعا عقليا لتكامل المعلومات اللازمة أو على الأقل بعض المراحل الواجب التقيد بها، كما أنه يجب أن يحظى بإتقان وتأييد هام من المجتمع المهني.

والسؤال الذي يطرح نفسه الآن هو: ما النموذج الواجب تبنيه لتحقيق تكيف الأسر والأطفال مع الحيـاة عندما يتعرض أحد أفراد الأسـرة للمعاناة من اضطراب جسمي مـزمن؟ وتسـتلزم الإجـابة على هذا السـؤال التعـرض للنمـاذج النظرية المطروحة في ساحة التـأهيل النفسي لذوي الإعاقات. علما بأنه قـد تم تغيير نماذج المراحل في التوافق Stage Models of Adjustment باعتـبارها نماذج جامدة غـير مرنة وحل محلها نماذج التكيف Models of Adaptation والتي تضع في اعتبارها العمليات المنظورة والمتبادلة ضمن العديد من العوامل التي تتضمن في خبرة الإعاقة أو الإصابة الجسمية.

ويحدد «هاربر» (Harper) مجموعة معـقدة من العوامل والمتغيرات الواجب وضعها فـي الاعتبار لدى تصور النتائج النفـسية والاجتماعـية للمرض المزمن عند الأطفال. ويتـضمن هذا التصور مـجموعة من الاتجـاهات الثنائية bi- directional للعلاقات. ومن بين هذه المتغيرات:

١- متغير قابلية المظهر للملاحظة Appearance- Observability

٢- متغير العمر الزمني Chronological Age

وهو عبـارة عن تعيين التواريخ الدقيـقة للأحداث وترتيبـها وفقا لتـسلسلها الزمني وبما يتناسب مع العمر الزمني.

٣- متغير الحدود الوظيفية Functional Limitations

٤- متغير أساليب التوافق والشخصية Adjustment and Personality Styles

وتضم أيضا الخبرات الحياتية والتفاعلات الاجتماعية مع الأقران.

٥- متغير وظيفة الأسرة Family Function

ومن الملاحظ أن هناك تفاعـلات معقدة فـيما بين هذه المتغـيرات وذلك في معدلات تطور هذه المتغيرات وأنماط تتابعها ومستـوياتها ونوعيتها ومضمون الوظيفة التكيفية. ويبدو أن الفروق والتباينات الفردية هي القاعدة السائدة بين الأفراد الذين يعانـون من إعاقات جـسمـية مـزمنة. وتبدو الفكرة الجـوهرية في نموذج التكيف الارتقائي هو التـغير المتطور أو التكيف القابل للتـغير Variable Adaptation الذي يطرأ على الآثار المباشرة وغير المباشرة للإعاقـة أو الإصابة الجسمية، والتي غالبا ما تتعلق بالنتائج الاجتماعية النفسية Psychosocial Consequences.

ويضع التطور حدودا في أوقات معينة بحيث يصبح التغير المنظور نتاج النمو الحيوي الاجتماعي Biosocial Growth والسيطرة المتطورة Evolving Mastery وتحتاج عملية تقييم الوظيفة التكيفية من منظور هذا النموذج إلى كل من السياق المحدد Context Defined والوقت المخصص Time Referenced. ويكون التركيز الكلي في عملية التقويم على ماذا يفعل الطفل؟ What the Child is doing وأن يجد ما يحتاجه ?Where the child needs to do it. أن الوظيفة التكيفية في هذا النموذج عبارة عن نقطة سريعة في مكان ووقت معين. وتمثل هذه الصور الخاطئة جزءا بسيطا فقط من قصة دورة الحياة. ويحتاج الباحث ضمن هذا النموذج إلى لقطات متعددة وفي مسارات طولية من أجل أن يصل إلى الطبيعة الخاصة جدا للإعاقة ونتائجها على الفرد عبر الزمن.

القسم الثالث

أثر وجهات نظر الأطفال على إصاباتهم

وتؤثر وجهات نظر الأطفال نحو مرضهم أو إعاقتهم الجسمية بصورة أساسية على توافقهم النفسي والاجتماعي. وتؤدي الإعاقات الجسمية من نوع الشلل الدماغي والعمود الفقري المشقوق والتهابات المفاصل الروماتيزمية إلى الحد من الأنشطة الجسمية. كما تتطلب هذه الحال في الغالب العديد من العلاجات بالأدوية والإجراءات الجراحية المتكررة. وقد تسبب هذه العلاجات في إنقاص الطاقة وتراجع القوة البدنية وانخفاضها، كذلك فإنها غالبا ما تسبب الشعور بالآلام الشديدة المزمنة. وهذا كله يتدخل بشكل أساسي في قدرة الطفل على تطوير إحساسه بالسيطرة والتحكم والضبط لجسمه.

وتظهر هذه القضايا المؤلمة في مراحل مبكرة من العمر، فقد تبدأ مع الميلاد أو في سنوات المهد. ويجب أن يضع المرء في اعتباره دوما أن الأطفال ذوي الأمراض التي تتضمن عجزا خلقيا Congenital Disabilities Illnesses قد حرموا من فرصة خبرة الحياة الصحية غير المعتلة، وبالتالي فإن رأيهم بأجسامهم يتحدد جزئيا حسب إعاقتهم وإصاباتهم الجسمية. كما أن المخاوف والقلق والألم والقيود المفروضة عليهم تتدخل بشكل رئيسي في مسار نموهم الكامل.

وتتألف عوامل المواجهة والتعامل مع الأوضاع الناجمة عن الإعاقة وعوامل التوافق -التكيف مع هذا الوضع الجسمي من مجموعة كبيرة متعددة العناصر التي يتعلق أهمها بالمتغيرات الشخصية الخاصة بالفرد المعوق والعوامل الخاصة بالمرض أو

العجز، بالإضافة إلى العوامل البيئية والتي تتفاعل جميعها بصورة متبادلة مؤدية إلى إحداث درجات مختلفة من التكيف والتوافق عبر مرور الزمن. ولهذا فإنه من المهم استخدام المراحل النمائية أو الارتقائية والأوصاف السلوكية Behavioral Descriptions كخطوط هادية للتعامل مع مطالب هذه الفئة واحتياجاتها النفسية والاجتماعية والعاطفية والعقلية مع مراعاة تمييز ومعرفة أن هذه المراحل النمائية الارتقائية تمثل التوازن الواقع بين العمر المرتبط بالزمن (العمر الزمني Chronological Age) والعمر العقلي Mental Age والمرحلة النمائية والخبرة السابقة الفريدة التي لا تتكرر فرصة حدوثها.

القسم الرابع

الإطار الزمني الارتقائي للإصابات الجسمية

إن الاهتمامات والإطارات الزمنية الارتقائية التي نرغب في توضيحها في هذا القسم تلقى الضوء على العوامل الرئيسية في عملية النمو والتطور التي تصاحب الفرد الذي يعاني من إعاقة جسمية مزمنة. وقد تم اختبار مضمون الإطار من بين القضايا الرئيسية المتعلقة بنتائج الإعاقة على الأطفال والشباب الذين عانوا ومازالوا يعانون من اضطرابات عضلية عصبية وعضلية هيكلية خلال سنواتهم الارتقائية. وقد وضعت العوامل المتعلقة بالإعاقات والإصابات دوما في سياق تطوري ارتقائي Developmental and Evolving Context وتحتم على الأخصائيين النفسيين مراجعة ومراقبة هذه الموضوعات فيما يتعلق بالأطفال المصابين وأسرهم ضمن هذه المراحل العمرية الخاصة.

وتتمثل مراحل الإطار الزمني الارتقائي في المراحل العمرية التالية:

د/١: سن الرضاعة: Infancy Age (الميلاد - ١٨ شهرا)

د/ ١/ ١ الهدف الرئيسي: تكوين الثقة Trust بالعالم الخارجي والتعلق Attachment بالموضوع.

د/ ١/ ٢ يعتبر الاحتكاك والتلامس الجسمي القريب والحميم أمر مهم جدا وحيوي.

د/ ١/ ٣ يكون الأطفال ذوو الإعاقات العصبية في حالة جسمية تجعل حملهم ومساعدتهم أمرا صعبا، ويكون على الوالدين أن يتعلما ذلك جيدا وأن يتقناه.

د/ ١/ ٤ قد يعتقد الوالدان أن الاختلافات والشذوذ الجسمي والحركات غير المناسبة الصادرة عن أطفالهم هي رفض لعواطف الوالدين نحو أبنائهم.

د/ ١/ ٥ قد تزيد الانفصالات والافتراقات Separations عن الوالدين بسبب الإقامة في المستشفيات من اعتمادية Dependency الأبناء وتواكلهم على الوالدين.

د/ ١/ ٦ تعتبر ردود أفعال الوالدين الأولية Initial Reactions نحو الاختلاف وعدم السواء الجسمي قضية مهمة.

د/ ١/ ٧ يجب تشجيع الأبناء على القيام باتصالات واحتكاكات نشطة مع البيئة.

د/ ٢ سن المشي (سنوات المهد): Toddlers (١٨ شهرا - ٣ سنوات)

د/ ٢/ ١ الوظيفة الارتقائية الرئيسية: تكوين الشعور بالاستقلالية والسيطرة الذاتية.

د/ ٢/ ٢ يجب تشجيع الأطفال على القيام بجهود مستقلة (قم أنت بذلك.. حاول وجرب..).

د/ ٢/ ٣ يجب مراعاة أن إجبار الطفل على القيام بأشياء كثيرة يؤدي إلى السلبية وإلى التقليل من تقدير الذات.

د/ ٢/ ٤ يبدأ الأطفال بتوجيه أسئلة عن كيفية استخدام الجسم.

د/ ٢/ ٥ يجب إتاحة المجال للطفل لكي يكتشف العالم الخارجي ويجب ألا يتم ذلك ضمن شروط حماية زائدة أو سيطرة شديدة.

د/ ٣ سن الطفولة المبكرة Early Childhood أو أطفال ما قبل المدرسة Preschoolers (٣ سنوات - ٥ سنوات)

د/ ٣/ ١ تتطور لدى الطفل المفاهيم الأخلاقية وحسن التمييز بين الصواب والخطأ.

د/ ٣/ ٢ قد ينسب الطفل إصابته الجسمية إلى أفعاله الشخصية (لماذا حدوث هذا معي؟ .... ماذا فعلت أنا؟)

د/ ٣/ ٣ يكون لدى الأطفال في هذه المرحلة فكرة غامضة عن وظائف الجسم ولذلك فإن التفسيرات المخلوطة تعتبر أمرا شائعا.

د/ ٣/ ٤ تصبح الفروق الجسمية الكبيرة قضية مثيرة للتساؤل من قبل أقران الطفل وتؤدي بالتالي إلى أول علائم وإشارات الرفض من الآخرين.

د/ ٣/ ٥ يحتاج الأطفال إلى معلومات بشأن إصابتهم الجسمية وإلى أن يعرفوا ماذا يقولون لأقرانهم.

د/ ٣/ ٦ يجب أن يتوفر لدى الوالدين معلومات يستطيعون تقديمها بشكل ثابت للأسرة والأصدقاء.

د/ ٤ سن الطفولة المتأخرة Late Childhood (٦سنوات - ١٢سنة):

د/ ٤/ ١ الأهداف الارتقائية الرئيسية: السيطرة على التحصيل الدراسي Mastery- Achievement والدافعية الذاتية Self- Motivation والاستقلالية المتزايدة Increasing Autonomy

د/ ٤/ ٢ تعتبر المهارات الاجتماعية وهي الأساس في تسهيل تقبل الأقران للطفل.

د/ ٤/ ٣ تحتاج الاختلافات الجسمية إلى تفسيرات أكثر وأوضح، وبما يتناسب والمستوى الحالي للطفل في الفهم والاستيعاب.

د/ ٤/ ٤ يكون الطفل أكثر انشغالا بالرعاية الطبية وبالتردد على المستشفى.

د/ ٤/ ٥ يجب على الطفل أن يختار وأن يتخذ قرارات مصحوبة بالدعم الوالدي.

٤/ ٤/ ٦ تصبح تعليقات وانتقادات الأقران أشد قسوة.

د/ ٤/ ٧ يحتاج الطفل إلى التدريب على ماذا وكيف يقول للآخرين بشأن إعاقته الجسمية.

د/٥ سن المراهقة Adolescence (١٢سنة-١٦سنة).

د/ ٥/ ١ تصبح قضايا الجسم Body والمواعدة Dating والنوع Gender والهوية Identity من القضايا الرئيسية.

د/ ٥/ ٢ تحتاج قضايا النضج الجسمي إلى توضيح.

د/ ٥/ ٣ تستلزم الاستقلالية أن يبدأ الوالدان بترك المراهق وشأنه (Let Go) مع مراعاة أن الاستقلالية قد تولد شعورا بالخوف من فكرة بدء الاعتماد على النفس.

د/ ٥/ ٤ قد تكون المخاوف بشأن الاختلاف عن الآخرين حادة للغاية.

د/ ٥/ ٥ يحتاج المراهق إلى التوجيه المتعلق بالتخطيط التربوي المهني.

د/ ٥/ ٦ يكون الإرشاد التدعيمي والتوضيحي مهما ومساعدا في قضايا الاهتمامات الذاتية «من أنا»، وإعادة صياغة «الاختلافات» الجسمية ونتائجها المتعلقة بالإعاقة.

القسم الخامس

الشلل الدماغي

أ- تعريف الشلل الدماغي:

الشلل الدماغي Cerebral Palsy هو «مجموعة من الاضطرابات العصبية غير الوراثية تنتج عن إصابة المنطقة الحركية في الدماغ تسبب عطبا في التحكم في العضلات الإرادية.

وبصفة عامة تنتج الإصابة عن عوامل مثل العدوى قبل الولادية (مثل الروبيلا rubella أو الحصبة الألمانية)، والعامل الريسي (لا تماثل عامل RH في الدم) والانفصال قبل الأوان عن المشيمة، وعدم النضج، والنزيف الدماغي الداخلي، وفرط البيلروبين في الدم، والاضطراب التسممي، والولادة العسرة. وفي حالات قليلة إصابة الرأس بعد الولادة. وتتضمن الأعراض التشنج والحركات غير المسيطر عليها (قفاع athetosis) والمشية المتماثلة والحديث الخلقي. وفي بعض الحالات النوبات والعيوب البصرية وفقدان السمع والتخلف العقلي. ويعرف المصطلح اختصار بالحرفين .C.P (جابر، كفافي، ١٩٨٩، ٥٦٥).

ب- أسباب الشلل الدماغي:

ويعود الشلل الدماغي إلى أسباب متعلقة بالتلف الكلي أو الجزئي في المنطقة الدماغية المسئولة عن الحركة. وقد يصاحب هذه الأعراض الحركية الأساسية أعراض ثانوية أخرى مثل: أوجه العجز الحسي Sensory Disabilities والنوبات

المرضية Seizures والتضرر المعرفي Cognitive Impairment والعيوب القلبية Sensory Deficits والأزمات الصدرية أو الربو Asthma والشذوذ في بنيان الأسنان Dental Abnormalities وصعوبة الكلام وفي تعلم اللغة مما يؤدي إلى صعوبة في التعلم.

ويعتبر السبب المباشر المسئول عن تلف الدماغ في حالة الشلل الدماغي هو نقص ضخ الأكسجين إلى الخلايا المسئولة عن الجهاز الحركي. ومن العوامل التي تؤدي إلى نقص الأكسجين الولادة المبكرة والولادة المتعسرة والالتهابات الشديدة وخاصة التهابات السحايا والصرع وارتجاج الدماغ. هذا بالإضافة إلى العوامل الجينية الوراثية.

ج- فئات الشلل الدماغي:

ويقسم الشلل الدماغي إلى فئتين رئيسيتين تبعا للتغير الحادث وموضعه في الجهاز العصبي المركزي البنائي On the basis of locus of structural C. N. S.:

الفئة الأولى: وتتعلق بحالة الشلل الدماغي الذي يتضمن المسارات الهرمية لممرات الجهاز العصبي حيث يظهر التلف Damage في مناطق اللحاء أو القشرة الدماغية المسئولة عن الحركة أو في المسارات الهرمية للدماغ. مما يؤدي إلى الشلل التشنجي الذي يعتبر العرض المسيطر على الحالة. وتعتبر المسارات الهرمية للجهاز العصبي المركزي مسئولة عن الحركة التلقائية لعضلات الذراعين والساقين، وبالتالي فإن أي تلف في الأنسجة والخلايا العصبية في هذه المنطقة يؤدي إلى الشلل التشنجي.

أما الفئة الثانية: فتتعلق بالشلل الدماغي الذي يتضمن المسارات الهرمية الإضافية Extra pyramidal للجهاز العصبي المركزي والتي ترتبط بالصعوبة في تنظيم الحركة والمحافظة على وضعية الجسم المنتصبة Body Posture. وتعتبر الاختلاجات العصبية العضلية التشنجية Choreoathetoid في الأطراف العليا والسفلى من أكثر الأنواع شيوعا في هذه الحالة والتي تتميز بفقدان الحركة التلقائية للأطراف.

د - علاج الشلل الدماغي والتخفيف من آثاره:

عـادة ما تؤدي عـملية الكشف المبكـر عن الشلل الدماغي إلى زيادة فـرص الاستفادة من خدمـات التأهيل العديدة. فالعلاج الأولى Commencing Therapy مـثل العلاج الـطبيـعي Physical Therapy والاسـتشـارة المعـرفيـة المبكرة Early Cognitive Stimulation خلال الأسـابيع الأولى من الحياة تزيـد احتمـالية تطوير الوظائف الحركية والارتقائية بشكل ممتـاز. وكما سبق أن ذكرنا فإن الشلل الدماغي قد يرتبط بـصعوبة في اللغـة التعـبيرية، وبالتـالي فإن التـواصل اليدوي Manual Communication قد يعـوض هذا النقص وهذه المحـدودية العقليـة الوظيفـية مع مراعاة أن العجز الحركي المرتبط بهذه الإعاقـة قد يحد من الاستفادة التامة من هذا التواصل ومن فاعلية هذه الاستراتيجية التعويضية.

وتعتبر أجـهزة الاتصال المعززة Augmentative Communication Devices مثل لوحات الاتصـال الإلكترونية Electronic Communication Boards وأجهزة الكمبيوتر ذات الإمكانية الاصطناعية الإضافية القادرة على إصدار الكلمات المنطوقة ذات فائدة بالغـة في تحسين استـخدام الكلام وإنتاج اللغة، وفـي تيسير عـمليات التنشئـة الاجتماعيـة. كما أن الأساليب التكنولوجـية مثل الأضواء والتليـفزيونات والستـائر والأبواب والتليفونات يمكن أن تساعـد في عملية التـدريب على السيطرة على البيئة وتوابعها.

ويقوم أخصائيو التأهيل النفسي بـدور هام في عملية تكيف الأسرة وتوافقها مع هذه الإعاقة التي تهدر كـيانها حال تشخيص أحد أفرادها وإعـلان إصابته بهذه الإعاقة. ويبدو أنه من المهم أن يـقوم الأخصائيون النفسيـون بمساعدة الأسرة على تبني توقعـات واقعية بشـأن تطور ومستقـبل الحالة المرضية لطفلهـا المصاب بالشلل الدماغي والمستمدة من التقييمات والقياسات المتكررة عبر مراحل العمر المختلفة كما أن والدي الطفل قد يتـعرضان لحالات من اليـأس والتعاسة النفسـية بل والإنكار، ولكن يمكن التخفيف منها بواسطة الفنيات العلاجية التدعيمية والتعليمية النفسية.

وتعتبـر برامج العلاج الوالدي النفس الجمـعي من أكفأ الأساليب العـلاجية لإتاحة المجال لأفراد من المبتلين بنفس المرض وممن يعـانون من نفس المشاق النفسية للتحدث وتبادل الخبرات والمعلومات والتدعيم. وقـد أصبحت التوجهات العلاجية المعاصرة تركز على قضـايا الشفاء الشاملة Global Remediation المرتبطة بالعيوب

الارتقائية من خلال العديد المتنوع من برامج العلاج الطبيعي الوظيفي (مثل أجهزة التعويض للأعضاء والأسنان كإجراء التقويم للأسنان المشوهة) والأدوية الطبية (لإنقاص الشلل التشنجي) وفي بعض الحالات إجراء الجراحات التقويمية (لتصحيح التشوهات الخلقية والموضعية Residual Deformities.

وتعتبر العمليات الجراحية أمرا شائعا بين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي وذلك للتخفيف من حالة الحول البصري Strabismus (التي تنجم عن انحراف البصر بسبب عدم توازن عضلة العين) ومن حالة الحلق والشفة المشقوقة Cleft Lip and Palate. ويحتاج الأطفال أيضا إلى عمليات الجراحة التقويمية طيلة فترة تقدم العمر بهم. ومن التطورات الحديثة في مجال معالجة آثار الشلل الدماغي على الأطراف عمليات الإبر العضلية. وتتباين هذه العمليات من الحقن بالتوكسين بوتلينيوم Botulinium Toxin (البوتوكس Botox) والتي تحقن في العضلات المشدودة بشكل دوري إلى الجراحات العصبية المنتقاة لجذور عصب العمود الفقري المركزي (الجذور الظهرية)[1] Dorsal Rhizotomy، هذا بالإضافة إلى التدخلات الجراحية الجزئية التي يتم بها تطويل الأوتار بدقة وبواسطة ثقوب جلدية صغيرة حول الوتر العضلي المصاب. وقد تحتاج حالة الطفل لإجراء جراحي أكبر مثل تدوير عظمة الفخذ وغيرها. وتعكس هذه الإجراءات آمالا كبيرة في التقليل من الشلل التشنجي Spasticity وفي زيادة مدى الحركة Movement range والمهارات الوظيفية Functional Skills.

القسم السادس

العمود الفقري المشقوق

أ- تعريف الإصابة:

العمود الفقري المشقوق Spina Bifida عيب ارتقائي يعرف أيضا بالصلب المفلوج أو المفتوح وينتج من إخفاق القناة الفقارية في الإغلاق حول الحبل الشوكي

(١) قطع الجذور rhizotomy إجراء جراحي يتضمن قطعا في جذور الأعصاب الشوكية التي تؤدي وظائفها في القناة الشوكية. وهذا القطع قد يحدث لتخفيف الألم، أو أية متاعب أخرى، أو للتحكم في اضطراب ما مثل فرط التوتر. وينطبق مصطلح قطع الجذور الأمامية على قطع الأعصاب الشوكية الأمامية. أما قطع الجذور الخلفية فهو إجراء يتضمن العصب الشوكي الخلفي. والقطع المستعرض لألياف الجذور الحسية للعصب الثلاثي تسمى قطع الجذور الجاسرية retrogassrian rhizotomy. (جابر، كفافي. معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء السابع، ١٩٩٥، ٣٢٩٦).

بطريقة سوية. وتكون المشكلة عند حدها الأدنى في حالة الصلب المفلوج الخفي S. b. occulta لأن الحبل الشوكي يكون في الأساس سليما رغم وجود بعض الفقرات المعيبة. وفي الصلب المفلوج الذي يصحبه فتق نخاعي سحائي (الظاهر منه أو الحوصلي) يبرز جزء من الحبل الشوكي من سطح الجسم، وفي الحالات المتطرفة قد يؤدي هذا إلى ضعف أو شلل عضلات الساقين أو القدمين، وإلى قدم حنفاء (مدبسة) وحرقفة في غير موضعها، وضبط غير سليم للمثانة أو الأمعاء، وسرعة القابلية للعدوى. وفي ٨٠٪ من الحالات يؤدي إلى استسقاء والذي يؤدي عادة بدوره إلى تلف في المخ. ويمكن تجنب بعض الأعراض أو تعديلها إذا دفن الجزء البارز من الحبل الشوكي جراحيا تحت سطح الجلد بعد الولادة بفترة قصيرة. (جابر، كفافي ١٩٩٥، ٣٦٨١).

ويعني مصطلح العمود الفقري المشقوق انفصال العظام في العمود الفقري. وتصاحب حالة العمود الفقري المشقوق عادة حالة التهاب السحايا (التهاب أغشية الدماغ) Myelomeningocele كما يظهر كيس سائلي ناتئ عن العمود الفقري المشوه. ويكون جزء من العمود الفقري ظاهرا للعيان لدى ولادة الطفل كما أن الأعصاب تكون ناقصة وذلك في المنطقة تحت الجزء المفتوح الظاهر للعيان مما يؤدي إلى الشلل وفقدان الإحساس (Charney, 1992).

ب- نتائج الإصابة:

ويؤدي تشقق العمود الفقري المصحوب بحالة التهاب السحايا إلى أعطاب تستدعي البتر وإلى مضاعفات في الأمعاء وإلى صعوبات في وظائف الإخراج وإلى العدوى في المجاري البولية، وإلى حالة التكلس المفرط Hypocalcaemia (مما يؤدي إلى حالة فقدان الشهية Anorexia والتقيؤ Vomiting والإمساك Constipation والتبول الزائد Polyuria والرغبة الشديدة في تناول الماء Poly dypsia.

وتنتمي حالة العمود الفقري المشقوق مع حالة التهاب السحايا إلى مجموعة من «العيوب العصبية الأنبوبية» Neural Tube Defects والتي تتراوح حالاتها من التهاب السحايا الحميد (وهو نتوركيس محيط بالعمود الفقري السليم بدون أية إعاقات عصبية ناجمة عن هذه الحالة) إلى حالة اللادماغية Anencephaly (فقدان القشرة اللحائية الدماغية Absence of Cerebral Cortex والتي تعتبر حالة مميتة).

وتؤدي حالة العمود الفقري المشقوق المصحوب بالتهاب السحايا إلى وجود تشوهات خلقية في الدماغ لدى الأطفال الذين يصابون بهذه الحالة مما قد ينجم عنه صعوبات تنفسية وفي عملية البلع. بالإضافة إلى حول العينين Strabismus وإلى صعوبات حركية وتشوهات عضلية وفي شكل العمود الفقري وإلى عدم قيام الجهاز البولي والإخراجي بوظائفهما وإلى تقرحات جلدية وإلى البدانة وإلى النوبات المرضية وإلى الخلل العقلي. يصاب حوالي ثلث (٣٣٪) حالات العمود الفقري المشقوق بتخلف عقلي طفيف)، والخلل البصري. ويتوقع الكثير من حالات هذه الإعاقة أن تعاني من آلام مبرحة.

ج- العلاج والتخفيف من آثار الإصابة:

مازالت الأسباب المسئولة عن هذه الإصابة مجهولة مما يصعِّب عملية الوقاية والعلاج. ويفترض البعض أن هناك عوامل بيئية وجينية مسئولة عن هذه الإصابة. وقد توصل العلماء إلى أن المعالجة في فترة الحمل بالحامض الفولي Folic Acid قد تؤدي إلى عدم تكرار أو حالات ولادة أطفال بهذه الإصابة أو الإعاقة، كما أن تجنب تعاطي الأدوية المضادة للصرع Antiepileptie خلال الأشهر الأولى للحمل قد قللت من فرص تكرار إصابة الأجنة بهذه الإصابة المفزعة. وبالرغم من جميع المحولات للكشف عن الأسباب الحقيقية لهذه الإصابة إلا أنها مازالت غير واضحة تماما.

وبسبب الطبيعة الخاصة لهذه الإصابة ومضاعفاتها الهائلة فإن منهج العلاجات متعددة التخصصات المهنية يبدو مفيدا. وفي العادة يتم إغلاق الجانب المفتوح في العمود الفقري في الأيام الأولى من ولادة الطفل وذلك لمنع حدوث الالتهابات. مع ملاحظة أن هذا الإجراء ولسوء الحظ لا يمنع من المضاعفات العصبية والعضلية والمعرفية والحركية الأخرى فلا أثر له على تحسين الوظائف العصبية (Charney 1991) لأن حجم التضرر ومداه يعتمد بصورة أساسية على موقع الضرر الذي لحق بالعمود الفقري.

وتعتبر عملية القسطرة البولية الدورية أسلوبا ضروريا لضمان كون المثانة فارغة في أوقات ثابتة ومحددة، ويستلزم هذا الإجراء المساعد مهارة وحساسية وتدريبا متكررا من جانب الوالدين ومن يقوم على رعاية الطفل المصاب. ويتطلب الأطفال في مرحلة المدرسة الابتدائية مساعدة خاصة لإتمام هذه العملية خلال اليوم

الدراسي. وما إن يصل الطفل إلى سن تتراوح بين الثامنة إلى العاشرة يكون قادرا على إنجاز هذه المهمة لوحده من خلال برامج التدريب الذاتي. كما أن المحافظة على انتظام المجاري البولية والإخراجية يمكن تحقيقها من خلال برامج الفريق الطبي المتعدد التخصصات من الممرضين وأخصائي التأهيل.

ويظهر بعض الأطفال المصابين بهذه الإعاقة لغة غير عادية وصعوبات تعلمية عديدة. وتشير المقاييس النفسية العصبية المتكررة إلى وجود حالة من المهارات المستقلة في الذاكرة والطلاقة اللفظية بالإضافة إلى الفهم المحدود للغة العامة. وهذا ما يطلق عليه مصطلح حالة «السلوك اللفظي المفرط» Hyper verbal Behavior. وهذه الحالة قد تعطي انطباعا زائفا عن مستوى المهارة العقلية، وبالتالي يجب أن يخضع هؤلاء الأطفال إلى تقييمات متكررة ومنتظمة.

القسم السابع

التهاب المفاصل الروماتيزمي

أ- تعريف الإصابة:

التهاب المفاصل الروماتيزمي Rheumatoid Arthritis أحد أنواع المفاصل الشبيهة بالروماتيزم. وهو نوع من المرض يرتبط بتغيرات التهابية خلال أنسجة الجسم الرابطة (جابر، كفافي، ١٩٩٥، ٣٢٩٥). وتعتبر حالة التهاب المفاصل الروماتيزمي من الحالات المرضية الشائعة بين الأطفال وبشكل خاص الكبار منهم. وهذه الإصابة عبارة عن مرض يصيب الأنسجة الرابطة أو الضامة Connective Tissues للجسم، ويظهر على نحو مفاجئ، ويتفاقم بشكل غير متوقع وعلى هيئة ارتخاء ولين في المفاصل Remissions of Joints الذي ينجم عن التهاب Inflammation في هذه المفاصل.

وقد يصبح هذا الالتهاب مزمنا بمضي الوقت بالإضافة إلى تآكل الغضاريف والعظام والأنسجة الداعمة، مما يؤدي إلى ارتفاع درجة الحرارة والورم وفقدان القدرة على الحركة. وقد يصاحب هذا المرض أيضا حدوث الحكة الجلدية. وباختصار فهو اضطراب مزمن يشمل معظم أجزاء الجسم ويعود لأسباب مجهولة ولكن توجد بعض التفسيرات التي تعزو هذا المرض إلى الالتهابات ونقص المناعة الذاتية والصدمات أو الاستعداد الوراثي. ويتطلب هذا المرض برامج معالجة يومية

مكثفة تتألف من الأدوية العلاجية والتمارين والتـدريبات المتخصصة مما يشكل عبئا بالغا على الأسرة.

ب- أنواع الإصابة:

وتوجد ثلاثة أنواع فرعية من هذه الإصابة:

ب/١ النوع الأول: مرض النوبة المنتظمة Systematic Onset Disease

ويتميـز بحدوث حمى شديدة وحكة جلديـة وتضخم في العقد الليـمفاوية Enlarged Lymph Nodes والتـهاب في غـشاء القلب والتـهاب الرئتين وتضـخم الكبد والطحال Enlarged Liver and Spleen. ويصاحب ذلك آلاما بطنية حادة. كما تتـضمن الأعراض المنتظمـة تأخرا في النمو وتأخرا في النضج الجنسـي بصفة خاصـة. وتناقص كريات الدم الحـمراء وتشـوهها في المفاصل. كمـا يكون المرض عرضة لأن يستقر ويتحول إلى حـالة من النوع الثاني وهو التهاب المفاصل المتعدد. وعادة مـا يصيب هذا الـنوع (الأول) ما نسـبته ٢٠٪ من الأطـفال المصابـين بهذا المرض.

ب/٢ النوع الثاني: مرض التهاب المفاصل المتعدد Polyarticular Arthritis Disease

ويتمـيز هذا النوع من المرض بإصـابة خمسـة أو أكثر من المفـاصل، وتظهر أعراضه كالتالي:

- حمى ذات درجة منخفضة.
- تضخم بسيط في الكبد والطحال.
- توعك في الصحة.
- فقدان الوزن.
- آلام في الجزء العلوي من العمود الفقري والرسغ والورك والركبتين.
- تناقص في معدل الحركة وتيبس في المفاصل.
- تأثر الوظيفة المناظرة للمفاصل الصغيرة لليدين والقدمين.

وعادة ما يصيب هذا النوع من المرض نسبة ٤٠٪ من الأطفال.

ب/٣ النوع الثالث: مرض التهاب المفاصل المحدود Pouciarticular Arthritis Disease

ويتميز هذا النوع بإصابة أربعة أو أقل من المفاصل خلال الأشهر الستة الأولى لبدء المرض، ونادرا ما تتعرض اليدان والقدمان للإصابة بهذا النوع. كما أن الإناث أكثر عرضة للإصابة به من الذكور، إلا أنه إذا أصاب الذكور فإنه يصيبهم في سن ما فوق الثامنة. وتتضمن الإصابة في هذه الحال الأطراف السفلية فقط. ويؤدي هذا النوع إلى الفقدان التدريجي للبصر (بسبب التهاب قزحية العين Iris of the eye). ويحدث ذلك لدى ١٠٪ - ٥٠٪ من الأطفال المصابين بهذا النوع من المرض والذين تبلغ نسبتهم ٤٠٪ من الحالات المصابة بهذا المرض.

ج- العلاج والتخفيف من آثار الإصابة:

تشير أحدث المعلومات إلى عدم توافر علاجات شافية لهذه الإصابة، لكن التشخيص المبكر وبداية علاج المرض يساعدان في التخفيف من التلف المتوقع، إذ يمكن السيطرة على بعض الالتهابات والمضاعفات المنتظمة من خلال الأدوية المختلفة مثل حقن مادة السيترويدز Steroids أو الفليكسيون Flexion داخل المفاصل للتخفيف من الألم واستخدام الأسبرين لمكافحة الالتهابات والآلام. ويمكن الاستعانة بالراحة السريرية وعمليات التجبير Splinting والعلاج الحركي Motion Therapy وذلك بالنسبة للأعراض الحادة الشديدة، وكذلك من أجل شفاء المفاصل المصابة والتخفيف من الالتهابات والوقاية من أية مضاعفات وأضرار أخرى.

والجدير بالذكر أن سكون الجسم وعدم النشاط لمدة طويلة يؤدي إلى نتائج عكسية من أهمها هزال وضعف البقية الباقية من قوة العضلات. كما أن استخدام العلاج الحراري والتدليك الخفيف يؤديان إلى الشعور بالراحة والاسترخاء وزيادة المرونة في المنطقة المحيطة بالمفصل المصاب. وتعتبر الإقامة الطويلة في المستشفى والمدموجة باستعمال أحدث الأساليب العلاجية التكنولوجية ذات نتائج نفسية اجتماعية في غاية الفائدة. فعمليات التجبير والتقويم واستعمال الدعامات والأربطة أو أية وسائل تكنولوجية تدعيمية أخرى تلعب لوحدها دورا هاما في حياة الطفل الاجتماعية.

ويجب أن نتوقع أنه قد تصدر استجابات سلبية من الأطفال الآخرين نحو هذا الطفل المصاب، وأن نهيئه لهذا الموقف. وتؤثر الاستجابات الصادرة من

الآخرين سلبا على الوظيفة التعليمية للأطفال المصابين مما يجعلهم أكثر عرضة لتدني التحصيل والتغيب المتكرر عن المدرسة. وهناك أعراض ترتبط بهذا المرض مثل تيبس الأطراف في الصباح بصفة خاصة والأورام المصاحبة للالتهابات وحالة الضعف الجسمي العام وبعض المضاعفات الأخرى التي من شأنها أن تخل بانتظام الطفل في الدراسة. ويعاني هؤلاء الأطفال من الصعوبات الناجمة عن الافتقار إلى التآزر الحركي الدقيق Fine Motor Coordination مما يجعلهم يسيرون بطريقة مربكة وغريبة ومحرجة لهم ومضيفة إلى حياتهم وصمة عار Stigma نفسية واجتماعية أخرى.

وتعتبر برامج العلاج النفسي التعليمي والبرامج التدعيمية الموجهة نحو الوالدين والرفاق من التدخلات التأهيلية المثلى لتحسين الأجواء الأسرية والاجتماعية ولزيادة تقبل الأطفال المصابين لواقعهم وتحسين مستوى توافقهم النفسي ومساعدتهم على الانخراط في المجتمع سويا مع رفاق ثم تدريبهم جيدا على الدعم الاجتماعي لهؤلاء الأطفال. وقد طور هاجلند وآخرون (Hugglund et. al 1996) برنامجا تدخليا شاملا مبتكرا وجديرا للعلاج النفسي يتمركز حول الأسرة موجها لأسرة الطفل المصاب والطفل نفسه.

وقد أبرز هذا البرنامج الأسري الأهمية الخاصة لاستخدام استراتيجيات التعاقدات السلوكية Behavioral Contracts لتعزيز الالتزام بالبرنامج العلاجي وهي إحدى العقبات الأساسية في معالجة الأطفال المصابين بالتهابات المفاصل. وتركز هذه الطرق السلوكية على جميع الجوانب المرتبطة بمعالجة الطفل المصاب بهذه الإصابة. كما طور كلاى Clay وهاربر Harper وفارني Varni نظاما يعتمد على استخدام جهاز الكمبيوتر لمعالجة الألم المزمن لدى الأطفال والشباب. ويستخدم هذا النظام متعدد الأساليب في مستشفيات وعيادات جامعة «أيوا» (Iowa) كبرنامج رائد تحت الاختبار، ويضم الأقراص المضغوطة (CD- ROM's) لشرح مهارات الاسترخاء وأساليب المواجهة الفعالة من أجل التخفيف من الألم.

وعلى وجه الإجمال فإن هذه الحالات المرضية الثلاث (الشلل الدماغي، والعمود الفقري المشقوق، والتهاب المفاصل الروماتيزمي) تتطلب جهودا تأهيلية عاملة ضمن «منهج فريق العمل الجماعي» Team Approach والذي يجمع بين العديد من المهنيين المتخصصين في الطب وعلم النفس.

فالشلل الدمـاغي كما رأينا يعتـبر اضطرابا عصبـيا عضليا يؤثر على جـميع أجهزة الجسم ووظائفـه، وبالتالي يكون التحدي الكبير فيه من خـلال التركيز على قضية تطوير القدرة على الحركة بحرية واستقلال Independent Mobility بالإضافة إلى تقوية الاتصال التعبيري الذي يتأثر بصورة أساسية، والذي يؤدي إلى صعوبات في التفاعلات الاجتماعيـة للطفل المصاب. ومن هنا تبدو الجهود الإرشادية المبكرة ضرورية وحتمية لتحسين هذا الجانب ولتدعيم الاستقلالية.

أما العمود الفقري المشقوق الذي يصاب الطفل به منذ الولادة فإنه يؤدي إلى إعاقة المشي، ويؤثر على عمل الجهاز الإخراجي والبولي وتحدث أوجه عجز تعلمي Learning Disabilities في بعض الحالات. وقد أثبتت التدخلات العلاجية فاعلية معالجة الأم بالحامض الفولي Folic Acid في إنقاص احتمالية تكرار إنجاب أطفال بهذه الإصابة. كمـا أن التدريبات الحركية وبرامج الإرشاد النفـسي والتوجيه المهني تعتبر ضرورية لتحسين الوظيفة المستقلة للطفل.

وأما التهاب المفاصل الـروماتيزمي فإنه يعتبر من أكثر الاضـطرابات العصبية انتشارا بين الأطفال. ويعيق هذا المرض الأطفال عن القيام بالأنشطة الحياتية اليومية بسبب الآلام المبـرحة الناجمة عنه. وتبـدو الجهود التأهيليـة المتعددة التخـصصات خاصة مـا يتم منها بشكل مبكر ومكثف والمدة فـي مساعدة ضحـايا هذه الإصابة الذين تستلزم حـالاتهم إقامة لفتـرات طويلة في المستشفـيات. ويجمع أخصـائيو التأهيل النفـسي على أهمية النموذج أو المثال التـكيفي الارتقائي Developmental Adaptation Paradigm في مسـاعدة هؤلاء الأطفال للوصول إلى أقـصى ما يمكن الوصول إليه من نوعية الحياة حسب قدراتهم وإمكانياتهم بعد العلاج والتأهيل.

☺☺☺☺☺☺

مراجع الفصل السادس

١- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء السابع، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٥ . -

2. Bleck, E.E. (1975): Cerebral Palsy. In E.E. Bleck and D. Nagel (Eds.), Physically handicapped children: A medical atlas for teachers (pp. 37-89). New York: Grune and Stratton.

3. Cadman, D., Boyle, M. and Szatmri, P. (1987): Psychological distress in mothers of disabled children. Pediatrics, 79, 805-813.

4. Charney, E.B. (1992): Neural tube defects: Spina difida and myelomeningocele. In M.L., Batshaw and M.A. Perret (Eds.), Children with Disabilities: A medical (pp. 471-488). Baltimore: Brookes.

5. Clay, D.L., Harper, D.C., and Varni, J. (1999): Use of emerging technologies to address barriers to treatment research in pediatric chronic pain. Paper presented at the 7th Florida Conference on Child Health Psychology, Gainesville, FL.

6- Gold, C.A. (1996): Recent advances in the pharmacotherapy of major depression. Archives of Psychiatric Nursing, 10, 355-364.

7- Goldman, H.H. (1984): Epidemiology. In J.A. Talbott (Ed.), The Chronic mental patient: Five years later (pp. 15-31). Orlando, FL: Grune and Stratton.

8. Hagglund, K.J., Doyle, N.M., Clay, D.L., Frank, R.G., Johnson, J.C. and Pressly, T.A. (1996): A family retreat as a



comprehensive Intervention for children with arthritis and their families. Arthritis Care and Research, 9, 35-41.

9. Harper, D.C. (1991a): Paradigims for investigating rehabilitation and adaptation to childhood disability and chronic illness. Journal of Pediatric Psychology, 16, 533-542.

10. Harper, D.C. (1991b): Psychosocial aspects of physical differences in children and youth. In K. Jaffe (Ed.), Physical medicine and rehabilitation clinics of North America (Vol. 2, pp. 765-779). Philadelphia: W.B. Saunders.

11. Harper, D.C., and Peterson, D.B. (2002): Neuromuscular and Musculoskeletal Disorders in Children. In R.G. Frank and T.R. Elliott (Eds.), Handbook of rehabilitation psychology (pp. 123-141). Washington, DC: American Psychological Association.

12- Hogarty, G., Goldberg, S. and Associates (1973): Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenia patients: one year relapse rates. Archives of General Psychiatry, 28, 54-64.

13- Horney, K. (1945): Our luner Corflicts: W.W. Norton and Company, Iinc.

14- Jonikas, J.A. (1994): Staff competencies for services delivery staff in psychosocial rehabilitation programs: A reivew of the literature. Chicago, IL: UIC National Research and Training Center on Psychiatry Disability.

15. Livneh, H., and Antonak, R. (1997): Psychosocial adaptation to chronic illness and disability. Gaithersburg, MD: Aspen.



16- Mueser, K.T., Drake, R.E. and Bond, G.R. (1997): Recent advances in psychiatric rehabilittion for patients with severe mental illness. Harvard Review of Psychiatry, 5, 123-137.

17- Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E. and Resnick, S.G. (1998): Model of community care for severe mental illness: A review of research on case mangement. Schizophrenia Bulletin, 24, 37-74.

18- Noble, J.H., Honberg, R.S., Hall, L.L. and Flynn, L.M. (1997): A legacy of failure: The inability of federal-state vocational rehabilitation system to serve people with severe mental illness. Arlington, VA: National Alliance for the Mentally III.

19- Rapp, C.A. (1998): The active ingredients of effective case management: A research synthesis. Community Mental Health Journal, 34, 363-380.

20- Rutman, I.D. (1993): And now, the envelope please... Psychosocial Rehabilitation Journal, 16, 1-3.

21- Sechrest, L. and Pion, G. (1990): Developing cross-discipline measure of clinical competencies in diagnosis, treatment and case management. In D.L. Johnson (Ed.), Service needs of the seriously mentally ill: Training implications for psychology (pp 29-31). Washington, DC: American Psychiological Association.

22. Stein, E.K. (1989): Caring for children with chronic illness: Issues and strategies. New York: Springer.

23- Stein, L.I., and Test, M.A. (1980): An alternative to mental health treatment: l. Conceptual model, treatment program, and



clinical evaluation. Archives of General Psychiatry, 37, 392-397.

24- Stroul, B.A. (1988): Residential crisis services: A review. Hospital and Community Psychiatry, 39, 1095-1099.

25- Test, M.A. (1979): Continuity of care in community treatment. New Directions for Mental Health Services, 2, 15-23.

26- Test, M.A. (1992): Training in community living. In R.P. Liberman (Ed.), Handbook of psychiatric rehabilitation (pp. 153-170). New York: Macmillan.

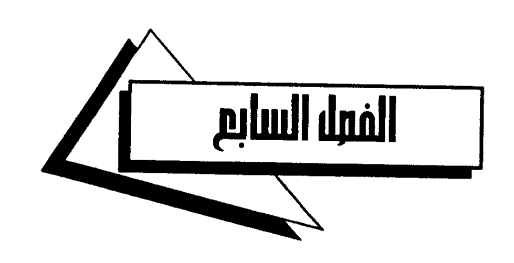
27- Trainor, J., Shepherd, M., Boydell, K.M., Leff, A. and Crawford, E. (1997): Beyond the service paradigm: The impact and implications of consumer/survivor initiatives. Psychiatric Rehabilitation Journal, 21, 132-140.

28- Wallander, J.L., Varni, J.W., Babani, L., Banis, H.T. and Wilcox, K. (1989): Family resources as resistence factors for psychological maladjustment in chronically ill and handicapn. Journal of Pediatric Psychology, 14, 157-173.

29- Weiden, P.J., Aquila, R., and Standard, J. (1996): Atypical antipsychotic drugs and long-term outcome in schizophrenia. Journal of Clinical Psychiatry, 75, 53-60.

☺☺☺☺☺☺





حالات تصلب الأنسجة المتعدد

- مقدمة
- طبيعة الإصابة
- تشخيص الإصابة
- أسباب الإصابة
- نتائج وآثار الإصابة
- علاج الإصابة



حالات تصلب الأنسجة المتعدد

مقدمة:

تغير حالة تصلب الأنسجة من الإصابات المزمنة التي تتضمن العديد من التحديات النفسية والاجتماعية، وتمثل مطلبا باهظا لتحقيق حالة مقبولة من التكليف وتهديدا لا يستهان به نحو نوعية الحياة التي يعيشها الفرد. وقد أوضح المعالجون والباحثون منذ أمد طويل النتائج النفسية الاجتماعية الهائلة المترتبة على هذه الإعاقة. وقد تم في الفترة الأخيرة فقط التوصل إلى التدخلات النفسية الفعالة التي يمكن أن تيسر للمريض بتصلب الأنسجة المتعدد التكيفية مواجهة هذه الإصابة. وفي حين أكدت المناهج القديمة على أساليب الاستبصار والفهم والتحمل في مواجهة نتائج تقلبات الأمراض المزمنة فإن المناهج الحديثة جدا تؤكد على العملية النشيطة المتعلقة بإشراك المريض وبمساهماته التعاونية مع فريق العمل الصحي.

وتعتبر حالة تصلب الأنسجة المتعدد Multiple Sclerosis (MS) من الإصابات المزمنة المؤدية للعجز والإعاقة الجسدية والتي ترتبط بصورة رئيسية مع خلل في الجهاز العصبي المركزي الذي يكون مسئولا إلى حد كبير عن التكامل والفاعلية والسلامة الجسمية والعقلية. وبعد العديد من البحوث الموثقة للآثار والأعباء النفسية والاجتماعية التي تخلفها هذه الإصابة بدأ الباحثون يؤكدون على توجه نشط مؤيد لفكرة التعايش مع الأعراض المرضية وتدبر الحياة في ظلها. وتهدف هذه التوجيهات والتدخلات إلى التقليل من التلف والإرباك في أسلوب الحياة الذي تحدثه هذه الإصابة وإلى التخفيف من التعاسة الانفعالية Emotional Distress وإلى الارتقاء بنوعية الحياة ورفع مستواها.

القسم الأول

طبيعة الإصابة

تعتبر حالة تصلب الأنسجة المتعدد إصابة عصبية تدهورية Degenerative (بمعنى أنها مولِّدة لسمات جسمية وعقلية مرضية). وهي إصابة مزمنة وتطورية Progressive (بمعنى أنها تزداد حدة وسوءاً مع الوقت) وتؤدي بصفة خاصة إلى تآكل جزء من طبقة الميلين (Demyelination) التي تغلف المحاور العصبية في الجهاز العصبي المركزي مما يسبب تأخرا أو تعطلا في النبضات العصبية (النبضة

العصبية تدفق متتابع للطاقة العصبية عبر الليف العصبي، وهي وسيلة تلقى الإشارات العصبية وإرسالها في الجهاز العصبي). ويصاحب هذا مجموعة كبيرة من الأعراض التي تتراوح من الضعف Weakness والقابلية للتعب السريع Fatigability وفقدان الإحساس والإعاقة البصرية ونقص التآزر الحركي Lack of coordination والتشنجية Spasticity واضطرابات في عمل المثانة إلى التغيرات في الوظائف العقلية.

ومع أن هذه الإصابة لا تعتبر عميقة إلا أن نوعية الحياة تتأثر بهذه الإصابة بسبب النتائج والمضاعفات الكثيرة والأساسية في وظائف الجسم التي تحدث نتيجة هذه الإصابة كالتهابات الجهاز التنفسي والبولي خاصة تلك التي تأتي عن طريق العدوى Respiratory and Urinary Infection حتى إن معدلات الانتحار بين المصابين بهذه الإصابة ترتفع عما هي عند غيرها من الفئات.

القسم الثاني

تشخيص الإصابة

تؤدي مجموعة الأعراض القصيرة الأمد والمربكة المصاحبة لهذه الإصابة إلى خطأ تشخيصها في أغلب الأحوال. فالعديد من الأعراض منقلبة بشكل واضح ولا يمكن ملاحظتها بصورة مباشرة مثل التعب السريع والاضطرابات البصرية والحسية الأخرى. فالتشخيص الدقيق لهذه الإصابة يعتبر واحدة من الاستثناءات، معتمدا فى هذه الحالة على تحديد أوجه الخسارة والضعف في الجهاز العصبي المركزي بمضي الزمن، ومع إقصاء الأسباب الأخرى التي قد تسبب نفس الأعراض. وكنتيجة لذلك فإن التعرف على هذا المرض وتشخيصه قد لا يحدث إلا بعد مرور عدد من السنين على ظهور الأعراض الأولية، كما أنه لا يحدث إلا بعد إجراء الفحوصات المعملية المطولة والتى عادة ما لا تجرى إلا في مراحل متأخرة من التشخيص لحسم هذه القضية. وقد أدى التقدم التكنولوجي الحديث لاستخدام صورة الرنين المغناطيسي Magnetic Resonance Imaging (MRI) إلى تحسين دقة وكفاءة تشخيص هذا المرض.

وبالرغم من أن معظم المضاعفات المصاحبة لهذه الإصابة قابلة للعلاج إلا أنه لا يوجد لها حاليا علاج شاف تماما، ولكن تتوفر بعض الأدوية الطبية التي تساعد المريض على تحمل الإصابة وآلامها الشديدة.

القسم الثالث

أسباب الإصابة:

لا يبدو مدهشا أن نعرف أن بعض العلماء توصلوا إلى أن أحداث الحياة الضاغطة تعتبر مسئولة بصورة مباشرة عن أوضاع السواء النفسي والاجتماعي أو التعاسة الانفعالية التي يمكن أن ترتبط بحدوث مرض تصلب الأنسجة المتعدد لأدوارها المفترضة في إحداث وتطور المرض Zeldow& Pavlov, 1984; Devins, et. al, 1996. ولا يخفى أن الدراسات السيكوسوماتية المبكرة قد صرفت انتباه الباحثين والإكلينيكيين وحولته عن غير قصد عن الاهتمام بوضع استراتيجيات علاجية بناءة لتسهيل التوافق النفسي لمرضى تصلب الأنسجة. فالطب السيكوسوماتي وتركيزه على التعاسة الانفعالية واضطرابات الشخصية باعتبارها مسببات ذات صلة بنشوء وتفاقم المرض قد أدى إلى التقليل من أهمية عمليات المرض باعتبارها ضواغط يجب على المريض مواجهتها والتعامل معها حتى يمكن المحافظة على حياة منتجة وكفئة.

القسم الرابع

نتائج وآثار الإصابة

تتضمن هذه الإصابة العديد من التحديات النفسية والاجتماعية. وتعتبر حالة الحيرة وعدم التأكد uncertainly مما سيحدث في المستقبل على رأس قائمة العوامل الضاغطة لمريض تصلب الأنسجة والمؤدية به لمستويات عالية من القلق واليأس والشعور بالعجز وعدم القدرة على فعل أي شيء حيال الحالة المرضية. وتنسحب حالة عدم التأكد على دقة التشخيص وعلى فترة المرض وعلى الإمكانيات الضئيلة للعلاج الفعال للمرض. وقد أظهرت الدراسات أن تزويد المريض بالمعلومات التشخيصية والمآلية[1] يمكن أن يساعد في التفاعل من حالة عدم التأكد والقلق



(١) مآل، تكهن Prognosis يقصد بالمصطلح في الطب النفسي والطب العام النتيجة التي يتنبأ بها بالنسبة لمرض معين أو أي اضطراب آخر ومساره المستقبلي ومدته وشدته. (بمعنى أفضل تخمين مثقف). ويقصد بالمصطلح بصفة عامة التنبؤ بمسار أو نتاج عملية سواء أكانت تربوية أو صناعية أو منهجية أو برنامجية.... إلخ (جابر، كفافي، ١٩٩٣، ١٩٩٠).

والخوف المصاحب لها وبالرغم من أن ذلك يتم على حساب التفاؤل المتناقص (O'Connor, et. al, 1994) (Mushlin, et. al, 1994).

أما العامل الضاغط الثاني فهو حالة نقص السيطرة Lack of Control على عمليات المرض وتطوره. والعامل الثالث الذي يمثل ضغطا في هذه الإصابة فتتمثل في الكفاءة الذاتية Self- Efficacy المهددة، والتي يمكن أن تسهم في إحداث العجز المتعلم أو قلة الحيلة المكتسبة Leaned Helplessness[1]. ومن المتوقع أن تضعف الكفاءة الذاتية. ويتزايد الشعور بالعجز، ويفتقر المريض إلى مهارات وأساليب المواجهة المتمركزة حول حل المشكلة الفعلية Focused Coping- Problem. علما بأن هذه الحال تحد من رغبة الفرد وقدرته أيضا على الانخراط في برامج العلاج النفسي المصممة لإكسابه المعلومات الخاصة بالإدارة الذاتية وتدريبه على إتقان مهاراتها.

أما العامل الرابع فيتعلق بالتغيرات المعرفية والتغيرات العصبية النفسية التي تصاحب تطورات هذا المرض. وتتضح معالم هذه التغيرات في وظائف الذاكرة وفي عملية معالجة المعلومات التي يتعرض لها ما نسبته ٤٣٪- ٥٩٪ من ضحايا هذا المرض (Fischer, et. al 1994) ويتدخل تراجع الذاكرة الذي يظهر على المستوى البصري والسمعي في القدرة على المحافظة على الانتباه والاهتمام لفترات طويلة.

ويؤثر الخلل في بعض العمليات (الذاكرة ومعالجة البيانات) على الوظائف التنفيذية مثل حل المشكلات وعلى القدرات التوصيلية أو الاتصالية، وبصورة أساسية على الطلاقة اللفظية. وتؤدي هذه الاختلالات العقلية إلى إرباك الفرد وتوتره بسبب العجز الواضح لديه في العمليات الاجتماعية والسلوك الوسيلي (السلوك الذي يسعى لتحقيق حاجة معينة لدى الفرد).

وغالبا ما يتم تفسير الإعاقات الاتصالية وعدم القدرة على حل المشكلات والمرتبطة بالحالة المرضية بشكل مغلوط. وعلى سبيل المثال يفسر أفراد الأسرة

---

(١) العجز المتعلم، قلة الحيلة المكتسبة Learned Helplessness مصطلح علمي نفسي أطلقه العالمان مايئر وسيلجمان Maier& Seligman 1076 على الإحساس باليأس ونقص الدافعية الذي يتولد نتيجة للتعرض لوقائع منفرة لا يقدر عليها الفرد. والحيوانات التي تعرضت لصدمات كهربائية لا تستطيع الهرب منها وتجنبها أخفقت في تعلم الهرب من الصدمات في مواقف كان فيها الهرب ممكنا. والذين يتعرضون من البشر لضغوط مستمرة وحرمانات متكررة يصبحون مكتئبين ويعتبرون ما يتعرضون له قضاء وقدرا أو لا حيلة لهم فيه، ولا يستطيعون أن يفعلوا شيئا لحل مشكلاتهم. (جابر، كفافي، ١٩٩١، ١٩٤٧).

والآخرون المحيطون بـالمريض هذه الظواهر بأنها تعود إلى الاضطرابات الانفـعالية والنفسية المرتبطة بالمرض وليس إلى تضرر العمليات المعرفية ذاتها.

وهذا الفشل في التعرف على الضرر الذي يصيب العمليات المعرفية من جراء هذا المرض يؤدي إلى مشكلات بيئية واجتماعية عديدة تظهر بصفة خاصة وبوضوح في العمليات التواصلـية بين المريض والآخرين كصعوبة التركـيز وعدم القدرة على حل المشكلات الحياتية والافتقار إلى المهارات العقلية الأساسية في عمليات التفاعل الاجـتـمـاعي والسلوك الموجـه نـحو الـهـدف، وقـد يؤدي ذلك إلى تهـمـيش Marginalization المريض وعزله.

أما العـامل الخامس فيـتضح في حالـة التعب السريع والإنهـاك والأعراض المرضية الغـريبة الأخرى. مثل البكاء والضحك المرضي، والتي تعتـبر من العوامل الضاغطة بشـدة على مريض تصلب الأنسجة لأنهـا تسهم في إفساد أسـلوب حياة المريض، وكذلك لأن الآخرين لا يستطيعون فـهم ما يقصده، وبالتالي يفشلون في التعامل معه. كما أن المريض نفسه لا يعرف لِمَ يسلك على هذا النحو، وما طبيعة دوافعه ومقاصده.

القسم الخامس

علاج الإصابة

تبنت المحـاولات العلاجيـة القديمة منظور الطـب السيكوسومـاتي أو الطب الجسمي النفسي Psychosomatic للتخفيف من حدة التفاعلات بين العوامل النفسية والمرضية الخاصـة بحالة تصلب الأنسجة المتعدد. وقـد تضمنت هذه المحاولات في مجملها تقديم الرعاية الطب نفسية، وعلاج التحليل النفسي للأفراد المصابين.

وقد ركز الباحثون في جهودهم على العوامل الانفعالية لأهميتها في إحداث المرض. وبرزت بشكل واضح عـوامل اعتـبرت مـسئولة عن التـمهـيد للمـرض واستـمرارية ظهور العـمليات المرضـية غيـر المحددة ومثل الخلل في أداء الأوعـية الدمـوية Vascular Dysfunction والاسـتعـداد الإفـرازي Exudative Diathesis والتغـيرات المتكاثرة Proliferative changes المؤدية إلى تطوير أو تفاقم هذه الحالة مثل الصـدمة الانفعـالية (العـاطفية) والصـراعات Conflicts والتعـاسة أو الكدر Distress والمعرفة بارتباطها بظهور الحالات المرضية السابقة.



وقد وصف الأفراد المعرضون لهذه الإصابة بأنهم «غير ناضجين» ومحبطون ومحرومون عاطفيا وبأنهم يحاولون إخفاء رغبتهم العميقة في الحصول على رعاية واهتمام الآخرين. كما أنهم يحتاجون إلى الرعاية والعلاج العقلي بشكل أساسي. وقد أجمعت الدراسات والبحوث التي أجريت على مرضى تصلب الأنسجة المتعدد أن أحداث الحياة الضاغطة يمكن أن تؤدي إلى التعجيل بحدوث النكسات والتراجع في هذا المرض أو إلى تفاقمه بشكل مذهل.

Warren, Greenhill& Warren, 1982 Grant, et. al 1989; Foley, et. al, 1993.

وفكرة أن التعاسة الانفعالية -على سبيل المثال- قد تمثل استجابة طبيعية لهذا المرض المزمن الضاغط قد تم دحضها، وبالتالي فإن التدخلات النفسية أصبحت تؤكد على تعديل العمليات المرضية النفسية الداخلية وذلك من خلال برامج العلاج النفسي المعتمد على الاستبصار.

ولم يتحقق إلا حديثا بدء الاهتمام الجدي بالمنظور البديل والذي يتضمن أن المرضى بتصلب الأنسجة يمكن مساعدتهم بشكل أفضل من خلال تعليمهم كيفية تدبر وإدارة أمور مرضهم وكيفية مواجهة العوامل الضاغطة المرتبطة بحدوث التعامل معها. وهذا يعني الحد من تأثير المرض السلبي على الأنشطة النفسية المهمة، والاعتماد على منظور الإدارة الذاتية Self- Management[1].

ويقوم منظور الإدارة الذاتية على مبدأ أساسي يتضمن أن مرضى تصلب الأنسجة يستطيعون أن يتعاونوا بفاعلية مع الفريق الطبي والتأهيلي في إدارة وتدبر أمورهم ومواجهة أعراض المرضى والالتزام بالعلاج. كما تدمج بهذا البرنامج برامج التزود بمعلومات عن تطورات المرضى والعلاج المصاحب لها بالإضافة إلى برامج التدريب على حل المشكلات. هذه التدخلات الثلاثة (الإدارة الذاتية، التزود بمعلومات عن المرض، التدريب على حل المشكلات) تمكن المرضى من التقليل من نتائج المرض المخربة والمشوهة لنمط الحياة.

---

(١) الإدارة الذاتية Self- Management يعرف برنامج الإدارة الذاتية في علم النفس والعلاج النفسي بأنه برنامج علاج سلوكي يتدرب فيه المريض على أن يطبق بنفسه الفنيات التي تساعده على أن يعدل سلوكه الشخصي مثل التدخين والثورات العدوانية، فيتعلم المريض من خلاله أن يحدد المشكلة وأن يضع أهدافا واقعية وأن يستخدم الاحتمالات العديدة ليصدر السلوك المرغوب فيه ويحافظ عليه وأن يراقب تصرفه الشخصي في هذا المجال. (جابر، كفافي، ١٩٩٥، ٣٤٥٠).

مراجع الفصل السابع

١ - جابر عبـد الحميد، عـلاء الدين كفافي: معـجم علم النفس والطب النفسي، الجزء السابع، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٥، ص٣٤٥٠.

٢ - جابر عبـد الحميد، عـلاء الدين كفافي: معـجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الرابع، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩١، ص١٩٤٧.

3- Devins, G.M., Styra, R., O'Connor, P., Gray, T., Seland, T.P., Klein, G.M., and Shapiro, C.M. (1996): Psychological impact of illness intrusiveness moderated by age in multiple sclerosis. Psychology, Health and Medicine, 1, 179-320.

4- Devins, G.M. and Shnek, Z.M. (2002): Multiple Sclerosis. In R.G. Frank and T.R. Elliott (Eds.), Handbook of rehabilitation psychology (pp. 163-167). Washington, DC: American Psychological Association.

5- Fischer, J.S., Foley, F.W., Aikens, J.E., Ericson, G.D., Raom S.M., Shindell, S. (1994): What do we really know about cognitive dysfunction, affective disorders, and stress in multiple sclerosis? A practitioner's guide. Journal of Neurological Rehabilitation, 8, 151-164.

6- Foley, F.W., LaRocca, N.G., Kalb, R.C., Caruso, L.S., Shnek, Z. (1993): Stress, multiple sclerosis, and everyday functioning: A rview of the literature with implications for intervention. Neuro Rehabilitation, 3, 57-66.

7- Grant, I., Brown, G.W., Harris, T., McDonald, W.I., Patterson, T., and Trimble, M.R. (1989): Severely threatening events and marked life difficulties precding onset or exacerbation of multiple sclerosis. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 52, 8-13.

8- Maier, S.F. and Seligman, M.E.P. (1976): Learned helplessness: Theory and evidence. Journal of Experimental Psychology: General, 105, 3-46.

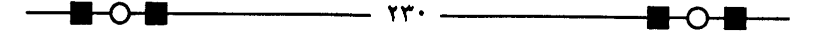
9- Mushlin, A.I., Mooney, C., Grow, V., and Phelps, C.E. (1994): The value of diagnostic information to patients with suspected multiple sclerosis. Archives of Neurology, 51, 67-72.

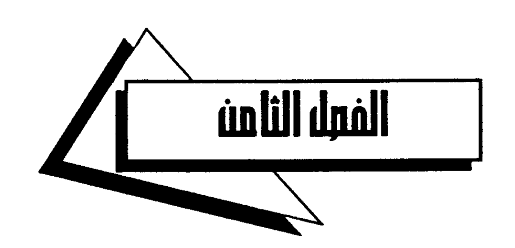
10- O'Connor, P., Detsky, A.S., Tansey, C., Kucharczyk, W., and Rochester - Toronto MRI Stdy Group (1994). Effects of diagnostic testing for multiple sclerosis on patient health perceptions. Archives of Neurology, 51, 46-51.

11- Warren, S., Greenhill, S. and Warren, K.G. (1982): Emotional stress and the development of multiple sclerosis: Case-control evidence of a relationship. Journal of Chronic Diseases, 35, 821-831.

12- Zeldow, P.B. and Pavlou, M. (1984): Physical disability, life stress and psycholosical adjustment in multiple sclerosis. Journal of Nervous and Mental Disease, 172, 80-84.

☺☺☺☺☺☺





حالات إصابات الحروق

مقدمة

ملابسات رعاية مصابي الحروق.

الحاجات النفسية لمصابي الحروق.

النواتج النفسية لحالات إصابات الحروق

الحالة النفسية للمصاب قبل الإصابة بالحروق

ردود الفعل النفسية لإصابة الحروق خلال فترة الاستشفاء

الآثار النفسية طويلة الأمد لإصابات الحروق.

علاج مصابي الحروق

المرحلة المبكرة (الرعاية الحاسمة)

المرحلة المتوسطة (الرعاية الدقيقة)

المرحلة طويلة المدى (التأهيل المجتمعي)

العمليات التأهيلية في المجتمع بعد العلاج

تحسين نوعية الحياة.

التحكم في الألم.

التحكم في حالات الحروق المحدثة ذاتيا.

استخدام نظام الحصص لتيسير التأهيل



الفصل الثامن

حالات إصابات الحروق

مقدمة:

يمكننا أن نقول بصفة عامة أن الحاجات النفسية والاجتماعية للمرضى الذين يحتاجون إلى الخدمات التأهيلية بسبب إصابات الحروق قد أهملت في الوقت الذي تعتبر فيه الحروق إصابة صادمة Traumatic Injury. ويقدر كل من بريجهام Brigrham وماكلوفليم MCLaughlim عام ١٩٩٦ أن أعداد المصابين سنويا في الولايات المتحدة الأمريكية بهذه الصدمة بخمسة وأربعين ألفا (٤٥,٠٠٠ مصابا) مقيمين داخل المستشفى وحوالي نصف مليون (٥٠٠,٠٠٠ مصابا) راجعوا أقسام الطوارئ في المستشفيات. بينما انتهت حياة خمسة آلاف وخمسمائة (٥,٥٠٠ مصابا) بسبب هذه الإصابة الصادمة. وعادة ما تتم معالجة حالات الحروق الشديدة داخل الوحدات الجراحية. وتحت الشروط الأفضل تكون المعالجة في مراكز الحروق الخاصة متعددة التخصصات المهنية Multidisciplinary Burn Centers.

وتتضمن الرعاية الطبية في المراحل المبكرة للحروق عملية الإنعاش السائلي المميع للأوعية الدموية الداخلية Intravascular Fluid Resuscitation والدعم الغذائي Nutritional Support ووسائل المضادات الجرثومية الموضعية Topical Antibacterial Agents والتعويض الجلدي Skin Substitutes والإزالة المبكرة Early Excision ولحم الأنسجة وتطعيمها (Caldwell, et. al 1996) وقد ارتفعت نوعية الرعاية الطبية لمصابي الحروق في العقود الثلاثة الماضية بصورة مذهلة (Currerie, et. al 19980). وقد نجم عن هذا الارتفاع في نوعية الخدمة الطبية المقدمة لهذه الفئة تزايد كبير في معدل إعداد الناجين من هذه الإصابات من مختلف الأعمار (Nguyen, et. al 1996).

القسم الأول

ملابسات رعاية مصابي الحروق

تعرف الحـروق من الدرجة مـتوسطة الـشدة A burn Injury of moderate severity بأنها عبارة عن الجـروح المفتوحة التي إذا لم تتم معالجتهـا بصورة دقيقة ومتقنة فـإنها قد تؤدي إلى الالتهـابات وإلى البتر وفي النهاية إلى الوفـاة. وعادة ما تكون مهـمة مراكز مـعالجة الحروق عـبارة عن كشط وإزالة الأجزاء الميـتة من الجلد المحروق بمعدل مرة أو مـرتين يوميا. وتتم معالجة أماكن إصابات الحـروق التي تفتقر إلى إمكانية الشفاء لوحدها بواسطة التطعيم الجلدي بالأنسجة الحية Skin Grafting.

وتعتبر إجراءات التنظيف والكشط والتطعـيم هذه مؤلمة للغاية، وتبقى كذلك لعدة أسـابيع بعد الانتهـاء من القيام بها. ويعـتبر هذا الألم من الشـدة بحيث إنه يفوق الألم الذي يشعر به المصاب بعد احتراقه. ويمكن أن يضعف Wear on أفضل وأقوى ما لدى المصاب من ميكانزمات المواجهة والتوافق مع الإصابة.

وعلى الرغم من أن نسبة قـليلة فقط من مرضى إصابات الحروق يحـتاجون إلى إقامة داخل وحدات الرعـاية التأهيلية الخاصة وذلك بعد تلـقيهم العلاج اللازم لإصابتهم الشديدة. إلا أن هذه الإصابات قد تفـتح المجال أمام العديد من القضايا التأهيليـة. وتعتبر الإقـامة الطويلة الأمد في المستـشفيات لوحـدها أمرا يؤدي إلى تدهور لجميع الأنظمة العضوية لأي إنسان وحتى الأفراد الأصحاء (Bortz, 1984)، فكيف بمرضى الحروق؟

ويواجه مرضى الحروق الـعديد من الظروف المزعجة داخل المستشـفيات فهم يتعرضـون لظروف الإهمال وعدم القيام بأي عـمل. وترتبط هذه الظروف بضرورة راحتهم وبقائهم في السرير بشكل كـامل، مع العديد من الإجراءات المسببة للآلام المبرحة بالإضافة إلى التحديات المتـعلقة بالتغذية وتناول السوائل. وعادة ما تخلف الحروق الشـديدة التي تترك حتى تشفى تلقـائيا ندوبا Scars. وحتى لو تم القـيام جراحيا بتطعيم الجزء المحروق بالأنسـجة الحية فإن الندوب تبقى بشكل دائم مؤدية إلى تشويه في شكل الجـزء المصاب، وهو ما يؤدي إلى نتـائج انفعاليـة حادة لدى المريض بغض النظر عن حجم أو موقع الإصابة.

ومن المحـتمـل أن تؤدي الحروق التي تحـدث لأي من المفـاصل Joints إلى تضرر الوظيفة الحركية Impaired mobility. ويعود ذلك إلى أن انكماش وتقلص

الأنسجة المفصلية التي حدث بها ندوب يفقدها بالتالي - وبصورة متصاعدة - المرونة والحيوية. وتعتبر الكثير من الأساليب العلاجية مهمة وضرورية لضمان تأمين حركة المريض واستمرارها، من مثل التجبير Splinting وعلاجات التمديد والشد قوية المفعول Vigorous Stretching Therapies بالإضافة إلى الإجراءات العلاجية.

وقد تؤدي الحروق العميقة الشديدة إلى جراحات البتر، وإلى حدوث الأمراض العصبية Neuropathies وإلى «التعظم الموضعي الخارجي المتنوع» Heterotopic Ossification (تحول النسيج العضلي إلى عظم)، ولا يخفى أن جميع هذه المضاعفات تحدث الكثير من الآثار النفسية الانفعالية والجسمية على مرضى الحروق (Patterson, Ptacek& Esselman, 1997, 1998).

القسم الثاني

الحاجات النفسية لمصابي الحروق

وقد أدى التركيز على قضية الإبقاء على حياة المريض المصاب بالحروق إلى تجاهل الجوانب السيكلوجية التي تتمثل أكثر مما تتمثل في الحاجات الانفعالية لهؤلاء المرضى. وقد انعكس هذا التركيز على النظريات والدراسات والبحوث التي أجريت في مجال الرعاية النفسية لمرضى الحروق والتي كان معظمها أولياً بدائيا Rudimentary غير متطور طبقا للسياق التاريخي لتقديم الرعاية لهذا النوع من الإصابة الصادمة. ومثل العديد من الإصابات والإعاقات فإن كثيرا من التقارير الأولية المتعلقة بالرعاية لمرضى الحروق قد هيمنت عليها النماذج الطبية والنماذج التحليلية النفسية. وقد أدت هذه النماذج إلى وضع العديد من الافتراضات المضللة Misleading assumptions والمغلوطة بشأن النتائج المترتبة على ما يحدث لضحايا الحروق.

ويعود الفضل في لفت الانتباه إلى الحاجات النفسية الخاصة بهذه الفئة المرضية إلى العالم بيرنشتاين (Bernstein) فقد كان أول من بادر إلى تقديم وجهة نظر أولية في غاية الحساسية بالنسبة لمرضى الحروق وذلك في كتابه الصادر عام ١٩٧٦ «الرعاية الانفعالية لمرضى حروق الوجه والمشوهين» (Emotional Care of the Facially Burned and Disfigured) مما لفت انتباه المهنيين والمتخصصين بصورة كبيرة إلى الحاجات النفسية والانفعالية لهؤلاء المرضى. ومن الجدير بالذكر أن الاتجاه التحليلي النفسي يقترن بالاعتقاد المتضمن أن إصابات الحروق تؤدي حتما

إلى تطوير صـراعات نفـسيـة داخليـة لدى المرضى قد تؤدي بدورها إلى إحـداث تغييرات في وظائف الشخصية (Bernstein 1976).

وقد كانت نتـائج الدراسات المبتكرة التي أجريت على الناجين تتم غالبـا طبقا للنماذج الطب نفـسية Psychiatric Models وبحيث يتم قـياس النتائج المتـرتبة على الإصابة بلغة الأمـراض النفسية ومـصطلحاتها Psychopathologic terms. وقد أدى الاعتماد على التـشخيص الشكلي Formal diagnosis للوصول إلى النتائج النفـسية على مصابي الحروق إلى إغفال الاهتمام بالأجزاء الجـوهرية الحقيقية والهامة من خبرة المريض. وبالإضافة إلى ذلك فقد أدى استخدام النموذج الطبي إلى افتراض أن طبيعة إصابة الحروق وحجمها يمكن لها أن تتنبأ بالنتائج النفسية الواقعة على المريض.

وهذه الرؤية المدموغة بالنموذج الطبي أدت في مجملها إلى تجاهل المحددات الأكثر قوة وذات الصلة بحـياة المريض النفسية مثل التـوافق النفسي قبل الإصابة أو مدى توفر الدعم الاجتماعي له. وباختصار فـإن معظم النماذج الطبية كانت مليئة بالأخطاء وتتسم بالبساطة أو السذاجة الشديدة.

ومن المشكلات الإضـافية للدراسـات الأولية التي أجـريت على الناجين من إصابات الحروق أن مـعظمها قد اعتـمد في توفير البيـانات والمعلومات على الرأي الشـخصي أو الذاتـي الكلينيكي Subjective opinion of the clinician في حين اعتمدت الدراسـات الحديثة في هذا المجال على المقاييس الموضوعـية للتعرف على الآثار الناجمة عن إصابات الحروق (Triesch mann 1988).

ومثلما هو الحال فى معظم الإعاقات فإن الكثـير من البحوث الدقيقة أظهرت أن إصـابات الحروق حـتى الشـديدة منها لا تؤدي بالـضرورة إلى الاكـتئـاب، وأن الأبحاث القديمة التي وضعت نتائج إصابات الحروق الانفعالية كانت متشائمة للغاية.

وقد توصل كل من أدكـوك، جولدبرج/ باترسون إلى أن أخصـائيي الرعاية العاملين في وحدات إصابات الحروق ينزعون إلى المبالغة في تقدير التعاسة واليأس النفـسي الناجمين عن حـالات الحروق، وأن هذا التـباين بين رؤية الفـريق الطبي ورؤية المرضى يكون بصورة خاصة كبيرا جدا عندمـا يكون الأخصائيون أكثر خبرة في عملهم. كما أشـارت الدراسات الحديثة إلى أن طبيعـة إصابة الحروق لوحدها لها تأثير بسيط للغاية في عملية التوافق النفسي لدى المصابين. ويبدو أن التوافق مع حالة الحروق يتضمن تفاعلا معقدا بين الخـصائص الشخصية للمصاب قبل الإصابة

والعوامل البيئية التي تتوسط moderating بين شخصية المصاب واستجاباته بعد الإصابة (مثل الدعم الاجتماعي) بالإضافة إلى طبيعة الحرق ونوعية الرعاية الطبية التي يتلقاها المصاب (Adcock, Goldberg& Patterson 1993) .

وعلى الرغم من التحسينات الجوهرية الهامة في هذه الدراسات إلا أنها - حتى الدراسات الحديثة منها- لازالت تعاني من القصور والمحدودية الشديدة. فمن النادر أن تعتمد هذه الدراسات على نماذج التفاعل المعقد بطبيعته بين العوامل الاجتماعية والحيوية Sophisticated biosocial models. كما أن الدراسات الطولية جيدة التصميم قليلة جدا. وبالرغم من كثرة القياسات النفسية وغزارتها فإنها غالبا ما تكون في هذه الدراسات الحديثة مستمدة من نماذج الأمراض النفسية. وعلى سبيل المثال فإنه من غير الواضح ما إذا كانت تنطبق على مريض الحروق -باعتبارها (الحروق) نوعا من الحوادث الصادمة- محكات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية- المراجعة الرابعة (DSM- IV, 1994) وتكون في هذه الحال مثلها مثل اضطرابات ضغط ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) وهذا التشابه أو التداخل من الموضوعات الحديثة والشائعة في الوقت الحالي، وتوجد على قائمة الأولويات في البحوث، وإن كانت الدراسات تغفل القدر غير القليل من المعاناة اللاسوية شبه الكلينيكية Sub clinical Suffering (التي يتعذر الكشف عنها بالفحوص الكلينيكية المألوفة) التي يعيشها العديد من مرضى إصابات الحروق.

وبصفة عامة لا يعترف معظم الباحثين المعاصرين بإمكانية تحسن الحال النفسية لمريض الحروق بسبب الصدمة الشديدة التي تعرض لها. وربما يعود أيضا إلى أن هؤلاء الباحثين لا يكاملون في بحوثهم النوعية والجزئية بين العوامل التي تحدد جودة الحياة السوية أو الصحية. ولهذا فإنه بالرغم من التحسينات في موضوعية نتائج البحوث المتعلقة بإصابات الحروق فإن الباحثين سيستفيدون ويفيدون في هذا المجال المتعلق بتأهيل مصابي الحروق بشكل أفضل لو تم الاستناد في بحوثهم إلى نماذج التفاعل المتطورة رفيعة المستوى More Sophisticated models وإلى المقاييس الحساسة Sensitive measures وإلى التصميمات الطولية Longitudinal designs في إجراء البحوث.

القسم الثالث

النواتج النفسية لحالات إصابات الحروق

تقسم الدراسات التي أجريت على النتائج والآثار النفسية لإصابات الحروق إلى ثلاث مجموعات وهي:

المجموعة الأولى: وانصبت على دراسة الحالة النفسية للمرضى قبل الإصابة بالحروق premorbid psychopathology الذين تعرضوا لحروق شديدة طويلة الأمد Sustained Severs burn injuries.

المجموعة الثانية: تناولت دراسة ردود الفعل النفسية Psychological reactions لمرضى الحروق خلال فترة الإقامة بالمستشفى During hospitalization.

المجموعة الثالثة: واهتمت بدراسة التوافق النفسي طويل الأمد Long-term adjustment لدى مرضى الحروق بعد مغادرة المستشفى After hospital discharge (Patterson, et. al, 1993).

وسيتم فيما يلي عرض النواتج النفسية لإصابات الحروق التي توصلت إليها هذه المجموعات الثلاث حسب تصنيف «باترسون وآخرين» (Patterson, et. al, 1993).

أ- المجموعة الأولى: الحالة النفسية للمرضى قبل الإصابة بالحروق:

لقد ركزت العديد من الدراسات على موضوع المرض النفسي عند مصابي الحروق قبل إصابتهم وتحويلهم للمستشفيات بسبب حروقهم. وتدعم البحوث بشكل كبير، الحدس الذي يذهب إلى أن الأفراد المصابين بحروق شديدة تجعلهم يقيمون في المستشفيات لتلقي العلاج المستمر، غالبا ما يكون لديهم قدر من التشوش والفوضى واختلالات وظيفية في حياتهم قبل الإصابة بالحروق.

وقد استنتج كولمان (Kolman, 1983) أن حدوث المرض العقلي Mental illness واضطرابات الشخصية Personality disorders كان أعلى لدى الأفراد المحولين إلى وحدة العناية الطبية بمرضى الحروق مقارنة بالأفراد المرضى في

وحدات الرعاية الطبية الأخرى. كما دعم باترسون وزملاؤه (١٩٩٣) هذه النتيجة بتأكيدهم على أن نسبة الاضطرابات العقلية السابقة لحدوث الإصابة بالحروق تعتبر أعلى لدى مرضى وحدات العناية الطبية بالحروق مقارنة بالمرضى في وحدات أخرى وبمعدل يتراوح بين ٢٨٪- ٧٥٪.

ويعتبر الاكتئاب واضطراب الشخصية والإدمان على المخدرات Substance abuse من أكثر الحالات التشخيصية شيوعا التي تمت الإشارة إليها في هذه الدراسات. كما اتبعت هذه الدراسات أساليب عديدة وفرت مادة أكدت حالات المرض النفسي السابقة على الإصابة بالحروق، والتي انعكست بصورة سلبية على التقدم العلاجي للحروق وعلى فترة الإقامة في المستشفى. ويتضمن الأثر الذي تتركه الحالة النفسية قبل الإصابة زيادة فترة بقاء المرضى في المستشفى لمدة أطول في وحدة الرعاية الطبية للحروق، بل إنهم يطورون أمراضا نفسية أكثر شدة.

وقد وصف الأفراد الذين يعانون من أمراض نفسية قبل إصابتهم بالحروق بأنهم يتوافقون ويواجهون خبرة الإقامة بالمستشفى بنفس الأنماط المرضية التخريبية والمختلة وظيفيا: ويؤكد باترسون وزملاؤه ثانية أن عينة الدراسة في دراستهم التي أجراها على مجموعة مؤلفة من ١٩٩ من مصابي الحروق قد حصلوا جميعا على درجات أعلى في المشكلات من نظرائهم من الأشخاص العاديين وذلك على قائمة راند للصحة النفسية والعقلية Rand Mental Health Inventory.



ب- المجموعة الثانية: ردود الفعل النفسية لإصابات الحروق خلال فترة الاستشفاء:

تتفاوت مدة الإقامة في المستشفى بالنسبة لمرضى الحروق من أقل من أسبوع واحد إلى عدة شهور، ويعتمد ذلك على شدة الحروق ووجود مضاعفات طبية أخرى. وتقسم فترة الإقامة في المستشفى إلى مرحلتين متميزتين.

١- مرحلة الرعاية الحرجة Critical care stage التي يمضيها المريض في وحدة الرعاية المكثفة.

٢- مرحلة الرعاية الدقيقة Acute care stage of recovery التي تظهر عندما تستقر حالة المريض ويكون جاهزا للانتقال إلى وحدة التأهيل للبدء في

تلقي البرامج التـأهيلية. (Avni, 1995; patterson, 1987) -وتمثل كل مرحلة إطارا طبـيا وبيئـيا ونفسيـا متمـيزا، وتبرز بالتـالي أمام المريض مجموعة منفردة من التحديات.

وتتضمن خـصائص مرحلة الرعاية الحـرجة الحيرة وعـدم التأكد uncertainty المتعلقة بالنتائج المنتظرة لإصابة الحروق وفرص البقاء على قيد الحياة، وبشكل خاص في حالة الحـروق الشديدة. ويخضع المرضى في هذه المرحلة إلى الإجراءات الـطبية المتكررة، بالإضافة إلى معـاناتهم في تحمل التوترات الفيزيولوجية القاسـية مثل حالة الأنوكسيا Anoxia (نقص وصول الأكسجين إلى الأنسجة البنائية مما يؤدي في بعض الحـالات إلى إحـداث تلف دمـاغي Cerebral damage) وعـدم تـوازن تحللي Electrolyte Imbalance والعدوى infections أو الاستسقاء المائي أو التورم، وذلك كله أثناء الإقامة في بيئـة متغيرة باستمـرار من حالة التنبيه الزائدOver stimulating إلى حالة التنبيه الضعيف Understimulating (Steiner& Clark,1977).

وفي ظل هذه الأوضاع البيئية غير العادية والمخـيفة فمن المتوقع بصورة كبيرة حـدوث اضطراب مـعتـدل في عـمليـة التوجـه Mild disorientation والارتباك Confusion والأوهام Illusions أو الأخابيل Hallucinations التي تعكس الشروط الوظيفـية الموجودة الـتي سببـها الحرمـان الحسي Sensory deprivation والأعباء العلاجـية الزائدة Overload والحرمـان من النوم Sleep deprivation أو الصـدمة Shock الناجمة عن الأحداث البالغة التهديد (Patterson, 1987).

ويمكن ملاحظة ردود الفـعل الذهانية Psychotic والهترية Delirium وذلك كأساليب دفاعية لا شعورية خلال فترة التوتر الحادة هذه (Hamburg, Hamburg& De Goza, 1953). ويبـدو أن التغـيرات الواضـحة في الحـالة العقليـة تنجم عن أسباب مرضية فيزيولوجية مثل العدوى Infections وأعراض الانسحاب الكحولي Alcohol withdrawal أو عن المضـاعفـات المتـعلقة بـعمليـة الأيض Metabolic Complications (مجموعـة العمليات المتصلة ببناء البروتوبلازما وخاصـة التغيرات الكيميائية في الخلايا الحية التي تؤمن الطاقة الضرورية للعمليات والنشاطات الحيوية التي بهـا يتم تمثل المواد الجديدة للتـعويض عن المسـتهلك منـها (Perry& Blanh, 1984)

وفي مرحلة الرعـاية الدقيقة فـهي على العكس من المرحلة السابقة الحـرجة والمخيـفة فإن مرضى الحـروق ينتقلون إلى بيـئة أكثر اسـتقرارا وألفـة وأقل تطفلا وتدخلا intrusive من جانب الفـريق العلاجي. وعلى الرغم من هذا التغـير في البيئـة، وبالتالي في الحال العقليـة، فإن على مرضى الحروق الاسـتمرار في تحمل الإجراءات المـؤلمة بصورة يومـية بما فـيهـا الكشط الجلدي Debridement وتغيـير الضـمادات Dressing changes بالإضـافة إلى ضـرورة تحمل عمـليات الجـراحة التجميلية Plastic Surgeries المتكررة والتطعيم Grafting الجراحي بالأنسجة الحية بدل التالفـة بسبب الحروق والعلاجـات القاسيـة الأخرى، والأهم من هذا كله أن مرضى الحروق يصبحون بصورة متزايدة واعين بالنتائج الجسمية والنفسية الناتجة عن إصابتهم بالحروق (Patterson, 1987).

وتتضمن الصعـوبات النفسية الأكثر شيوعـا في هذه المرحلة الاكتئاب والقلق واضطراب ضغط ما بعد الصدمة. ويعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الوثيقة الصلة بفـتـرة الإقـامـة الطويلة في المسـتـشفـى وبالإجراءات الـطبيـة المخـتلفـة (Andreasen& Norris, 1972)، كـما أنـه يرتبط بمسـتوى الألم الجـسـمي الدائم Resting pain لدى مرضـى الحروق وبالضـغوط الناجمـة عن النزاعـات الأسرية والزوجية (Choiniere, et. al, 1989).

وتشـير الدراسـات إلى أن نسب هذه المصاعب النفـسيـة لدى مرضـى الحروق متفـاوتة، فنسبة الاكتئـاب المعتدل تتراوح من ٢٣٪ إلى ٦١٪ ونسبـة القلق المعمم من ١٣٪ إلى ٤٧٪ واضطراب ضغط ما بعد الصدمة ٣٠٪. ومن الجدير بالذكر أن حالات القلق هنا تـسـتـدعى العـلاج بالأدوية (Patterson, et. al 1993) Pharmacological intervention. ويشير البـاحثون الذين درسوا القلق العـام عند مرضى الحروق إلى أن أعراض القلق تتـراجع بصورة متزايدة وتـصبح أقل انتشارا بمضي الوقت (مـثلا يتراجع القلق من نسبة ٥٠٪ في الأسبوع الأول إلى ١٣٪ في الأسبوع الرابع) وأنه يصبح أقل حـدة من القلق المقاس عند المرضى النفـسيين Psychiatric patients (Patterson, et. al 1993).

كما لوحظ بالنسبة لحالة اضطراب ضـغط ما بعد الصدمة أن مرضى الحروق الذين يتم تشخيصهم بهذا الاضطراب النفسي يعانون من آلام مبرحة Severe pain

بدرجة أكبر، ولديهم مساحات محترقة أوسع في أجسامهم أوسع Large burn areas ويعبرون عن شعور بالذنب Sense of guilt على نحو أكثر بشأن الحادث المرسب أو المعجل Precipitating الذي أدى للإصابة بالحروق، كما أنهم أكثر احتمالا لأن يصابوا بحالة الهتر Delirium. كما أن أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة تزداد عند مغادرة مريض الحروق للمستشفى (Perry, et. al 1992).

جـ - المجموعة الثالثة: الآثار النفسية طويلة الأمد لإصابات الحروق بعد مغادرة المستشفى:

يفترض أخصائيو الرعاية الصحية والتأهيل أن الأفراد المصابين بحروق شديدة يعيشون خبرة تراجع في الوظائف المختلفة، وتكون هذه الخبرة طويلة الأمد ودائمة نسبيا. وتستند هذه الافتراضات بشكل كبير إلى ملاحظات هؤلاء الأخصائيين لمرضى الحروق بعد مغادرتهم المستشفى مباشرة مما لا يعكس بصورة حقيقية لطبيعة التوافق الطويل الأمد لهذه الفئة مع إصابتهم المرضية هذه.

وفي الواقع فقد لوحظ بشكل واسع أن السنة الأولى بعد مغادرة المستشفى تعتبر فترة فريدة من الناحية النفسية، حيث تتميز بالتوتر الانفعالي والذي يتراجع بعد ذلك. وقد يعود التوتر الزائد إلى مطالب التأهيل الكبيرة في السنة الأولى بعد مغادرة المريض للمستشفى، بالإضافة إلى ما تتضمنه القيود الأسرية والفوضى والتعطل الحادث في الحياة اليومية. ومهما كانت الأسباب فإن الدراسات الحديثة تشير إلى أن هذه الأعراض عابرة وزائلة، بل إن الاكتئاب والقلق اللذين يخيمان على حياة مريض الحروق في عامه الأول بعد خروجه من المستشفى يشهدان تراجعا كبيرا بعد مضي العام الأول (Patterson, et. al 1993).

وبالإضافة إلى ذلك فقد تبين أن تحسنا مماثلا في التوافق لحالة الإصابة بالحروق يظهر بمضي الوقت. وأن هذا التحسن يشمل تقدير الفرد لذاته ومعظم جوانب جودة الحياة، وذلك بغض النظر عن حجم الحروق أو شدتها. وتشير الدراسات إلى أن غالبية مرضى الحروق الدائمة يعودون إلى مزاولة أعمالهم، مع مراعاة أن ما يقرب من ٥٠٪ - ٦٠٪ من هؤلاء المصابين يستلزمون بعض أنواع التغير في حالة العمل. وعلاوة على ذلك فإن هناك تغيرا جوهريا في أنماط التفاعل الاجتماعي، فهؤلاء المصابون يصبحون أكثر ميلا لقضاء وقت أكبر مع أفراد الأسرة ووقت أقل مع غيرهم، ووجود بعض المؤشرات على نشوء بعض الخلافات

الزوجية لدى ضحايا الحروق، ويعود ذلك في معظم الحالات إلى سلوك الزوج السليم (Patterson, et. al 1993).

القسم الرابع

علاج مصابي الحروق

سبق أن ذكرنا أن الناجين من إصابات الحروق عليهم أن يواجهوا مجموعة من التحديات الجسمية والبيئية والانفعالية خلال كل مرحلة من مراحل شفائهم. ويتراوح تعاقب النتائج النفسية على مرضى الحروق خلال فترة الشفاء من حالة الهتر[1] إلى القلق والاكتئاب ثم الألم الشديد من خلال مدة الإقامة بالمستشفى إلى رؤية أكثر تفاؤلا يفترض أن يتبناها المريض بعد خروجه من المستشفى. وتلعب هذه المتغيرات دورا في برامج التأهيل والمعالجة النفسية التي تقدم لهؤلاء المرضى خلال المراحل الثلاث من شفائهم من هذه الإصابة وسنوضح ذلك فيما يلي:

أ- المرحلة المبكرة للشفاء: Early Stage of Recovery (مرحلة الرعاية الحاسمة)

تتم المرحلة المبكرة للشفاء في وحدة الرعاية المكثفة، حيث يواجه المريض فرص عدم التأكد من البقاء على قيد الحياة، وذلك في بيئة عالية الإرباك Confusing والانتهاك invasive والعدوانية. وفي هذه الحال تتفاعل خصائص البيئة المرضية الخاصة مع حالة المريض الجسمية، وتشكل فرص الشفاء والتحسن. وفي هذا الصدد يمكن أن نشير إلى النقاط الآتية:

١- غالبا ما تكون محاولات العلاج النفسي ذات المستوى العالي High-level psychological intervention في هذه المرحلة ذات قيمة قليلة. فالمرضى يسيطر عليهم النعاس Drowsy دائما ويكونون مرتبكين ومشتتين وفاقدي التوجه Disoriented وأجسامهم مؤنبية Intubated (أي أدخلت به أنابيب في الرئة مثلا

(١) الهتر Delirium حال من الشعور المعتم لا يمكن الاحتفاظ فيها بالانتباه. ويساء فهم وإدراك البيئة، ويضطرب مجرى التفكير. ويخبر الفرد في هذه الحال الأخابيل وأنواع الخداع وسوء التفسير للأصوات والمناظر، وربما يصبح غير متناسق في سلوكه مضطربا متهيجا غير مستقر إلى أقصى الحدود. وعادة ما تكون النوبة الهترية قصيرة وربما كان وراءهما عوامل معجلة من قبيل العدوى ونقص إمداد الأكسجين والمرض السكري والتسمم الناتج عن تعاطي مواد مخدرة أو مسكرة. وكذلك أعراض الانسحاب منها وإصابات الرأس والنوبات. (جابر، كفافي، ١٩٩٠، ٨٩٢).

لتسهيل التنفس وإبقاء الرئة مفتوحة) وهذا كله يؤدي إلى تضاؤل إمكانية التواصل المباشر مع المريض.

٢- أن التركيز على الاعتبارات الماضية أو الحاضرة قد يلعب دورا مضادا عكسيا حتى عندما يكون المريض في حالة أكثر تيقظا وانتباها. وهنا يجب تشجيع المريض على التعامل مع الظروف المزعجة بصورة غير اعتيادية داخل وحدة العناية المركزة، وذلك من خلال الأساليب الدفاعية التي يمتلكونها. وقد يصل التشجيع إلى مستوى تشجيع الاستراتيجيات الدفاعية البدائية الأولية مثل الإنكار والكبت.

وينادي بعض المعالجين بضرورة تقبل ردود فعل المريض المشبعة بالهتر والاستجابات الذهانية القصيرة وهي استجابات مزعجة جدا للفريق الطبي ولأفراد أسرة المريض أيضا. وعليهم أن ينظروا إلى هذه الاستجابات وكأنها محاولات تكيفية. ويرى الكثير من الباحثين أن المواجهة المباشرة للقضايا ذات الصلة بالأسباب المؤدية للإصابة بالحروق تؤدي إلى إدراك وإضعاف مصادر المواجهة اللازمة لتسهيل مهمة المريض الأساسية في هذه المرحلة ألا وهي البقاء على قيد الحياة.

وبدلا من تلك المواجهة التي قلنا أنها عقيمة بل قد تكون ضارة فإن التدخلات النفسية الداعمة يجب أن تركز على الاهتمامات العاجلة والفورية للمريض (مثل التأكيد للمريض بأن القضايا الخارجية outside matters من قبل الأسرة والأبناء والعمل والمنزل المحترق وما إلى ذلك فقد تم السيطرة عليها وتدبر أمرها) بالإضافة إلى الإقرار للمريض بحرية استخدام مختلف الاستراتيجيات التوافقية التي يراها ممكنة وتناسبه وتوفر له الحماية في هذه المرحلة.

٣- يستطيع المعالجون النفسيون إجراء التدخل العلاجي بفاعلية في المرحلة الأولى أو المبكرة للشفاء من خلال الاستعانة بأفراد أسرة المريض. ويجب أن يضع المعالجون في اعتبارهم حالة أقارب المريض وأفراد أسرته وأن يتفهموا مشاعرهم والتي تكون ملونة بالقلق والكدر والانزعاج وفي حين يعتبر وجود أفراد أسرة المريض وأصدقائه مساهما في خلق جو من الألفة والطمأنينة عند المريض لكنه أيضا يمكن أن يرفع مستوى القلق والتهيج والثورة لديه. ومن هنا يجب تشجيع هؤلاء الأفراد وحثهم على توفير المساعدة النفسية للمريض ولكن بأسلوب داعم

ومحدد، وأكثر من ذلك فبسبب تراجع قدرات المريض العقلية وتشتتها فإن قدرته على التوافق مع حالته غالبا ما تتأثر بالتلميحات Cues التي تصله من الآخرين خاصة من أصحاب الأهمية السيكلوجية لديه.

فعندما يعبر أفراد الأسرة عن قلقهم وحزنهم البالغ بشأن حالة المريض فإن المريض يقوم باستقبال هذه الإشارات النفسية ويتصرف بالتالي على ضوئها وعلى أساس تفسيره لها. ومن هنا يقوم المعالجون بمساعدة هؤلاء الأفراد من أعضاء الأسرة والأقارب والأصدقاء على ضرورة توصيل الإحساس بالأمل والهدوء والطمأنينة للمريض حتى يتمكن هذا الأخير من التصرف وفق هذه المشاعر الإيجابية، بحيث يصب ذلك في النهاية في خانة الشفاء العاجل والناجز.

٤- يجب في إطار عمل الفريق الطبي المعالج أن يوجه التعليم والتثقيف والدعم لأعضاء الفريق الطبي مباشرة. فتزويد أعضاء الفريق بمعلومات عن الطبيعة العابرة والزائلة لهتر المريض ومساعدتهم على التمييز بين الحزن وأعراض الاكتئاب قد يهدئ من روعهم بشأن صحة المريض العقلية والنفسية.

٥- ولا يبدو غريبا أن يقوم الممرضون وأعضاء الفريق الطبي الآخرون بإسقاط مشاعرهم السلبية (مثل الشعور بعدم الكفاءة على حالة المريض المعقدة والتي تحيط بها الشكوك وعدم التأكد من مستقبلها وإمكانية بقاء المريض على قيد الحياة) على المريض مما يؤدي إلى تفاقم حالته وهو يشعر أنه أمام مساعدين طبيين غير أكفاء. وبالتالي فإن مساعدتهم على تفهم حالة المريض والتعامل معها بكفاءة يؤدي إلى اكتسابهم الفهم للدور السلبي الذي يمكن أن يقوموا به -بسبب ردود أفعالهم- مع المريض.

٦- ومن القضايا ذات الصلة بالفريق الطبي والتي قد تبرز في مرحلة الرعاية الحاسمة لمرضى الحروق هي أنهم مع حاجاتهم الماسة للدعم فإنهم كذلك في حاجة إلى ما يعينهم على استخلاص معلومات معينة بشأن الحالة النفسية للمريض وأفراد أسرته، ومن ثم قيامهم بإيصال هذا الدعم للمريض وأسرته. وتقع حاجتهم هذه في الإطار المهني والإنساني الذي يدعوهم إلى ضرورة الاندماج والتعامل القريب والحميم من قبل الفريق الطبي مع المريض وأسرته لتقديم الرعاية المطلوبة لشخص أوشك على الموت وهو الآن يتألم بشدة.

٧- عادة ما يكون الممرضـون بصورة خاصة أكثر أعضـاء الفريق الطبي قدرة على تقديم ردود أفـعال فعـالة داعمة لـلتدخلات العـلاجية. وتكون ردود أفـعال الفريق الطبي أكثر شدة ووقعا بعد الإعلان عن وفاة أحد مرضى الحروق الذي كان يظهر تحـسنا ثابتا. وفي مـثل هذه الأحوال يبدو من الـضروري توجيـه الممرضين بصورة خاصة -جماعية أو فردية- إلى اتباع أساليب الإرشاد والمتمركز حول الأسى Focused grief counseling، بالإضافة إلـى توجيههم في حالات الـوفاة. ويبدو من المفيد أيضا توجيههم في حالات قـيام أحد أفراد أسرة المريض بانتقادهم وحتى سبابهـم وشتائمهم ليسـت إلا ردود أفعال تمثل إزاحة وغضـب ويأس وحزن أسرة المصاب إلى هيئة التمـريض. وأن إدراك هذا الموقف وتحمله انطلاقا من تفهم حالة التعاسة والإحباط عند أسرة المريض ويخفف عنهم.

ب- المرحلة المتوسطة للشفاء: Intermediate stage of Recovery (مرحلة الرعاية الدقيقة)

تبدأ هذه المرحلة عندمـا تستقر حالـة المريض الصحية ويصبح بـالتالي قادرا على أن يخضع لإجراءات التأهيل الشفائيـة التي تستمر طوال مدة إقامة المريض في المستشفى (ومـع تناقص فترة الإقامة في المستـشفى فإن التمييز بين المـراحل الدقيقة والتأهيلية للشفـاء يصبح أكثر وضوحا) ومع الاطمئنان إلى الاحـتمال المتزايد على بقاء حياة المريض تتضح عملية الشفاء. ويتمثل ذلك في التحسن في الحالة الجسمية مع التحـسن في الوظائف العقلية وانتظام سـاعات النمو وتناقص خـضوع المريض للجراحـات. لكن مازال على المرضى أن يتـحملوا آلام العناية الصـحيـة بجروح الحروق بما فـيهـا الكشط الجلدي وتغيـير الضمـادات التي يصاحـبهـا عادة إعطاء مسكنات أقل للألم. وبالتالي فـإن القلق والتعاسة يصاحبـان تنفيذ هذه الإجراءات الطبية.

وبالإضافـة إلى مصـادر الوجع والألم النفسي والجـسمي هذه فـإن مرضى الحروق يجب أن يتـحملوا إجراءات التأهيل الطبـيعي والتي تعتـبر مصدرا إضـافيا للألم والقلق، وهي إجراءات تنفذ يوميا بصـورة مكثفة، وتتضمن هذه الإجراءات تمارين التـمديد Stretching والتجـول والطواف Ranging والتـدريبات الجـسمـية

المتنوعة المكشفة والتجبير، وهي تمارين تسبب انزعاجا وألما شديدين. ويمكن تمييز نوعين من رد الفعل النفسي شائعين عن مرضى الحروق في هذه المرحلة.

أما رد الفعل الأول فيتجسد في أن مريض الحروق الشديدة يظهر -رغم التحسن الصحي الملموس- استمرارية في الشعور بحالة الصدمة النفسية Psychological shock (مثل الحال النفسية الانفصالية Dissociated psychological state) ولكون الحال الانفصالية تضعف وتتضاءل بمرور الوقت ويحل محلها حالات أخرى، فلا يوجد داع للتدخلات العلاجية لمواجهتها. ويمكن النظر إلى هذه الحالة باعتبارها امتدادا لاستراتيجيات التوافق التي سبق استخدامها في مرحلة الرعاية الحاسمة، ويجب تدعيمها بواسطة فريق التأهيل النفسي طالما أن المريض يظهر تقدما ملحوظا في عملية التأهيل.

وأما رد الفعل الثاني فيتمثل في شعور المريض بالحزن والتعاسة. ويتزايد الحزن والتعاسة بتزايد قدرة المريض على التركيز على نتائج إصابة الحروق على حياته، فقد يكون حادث الحريق قد أدى إلى وفاة شخص عزيز عليه، مع احتمالية شعوره بالخسارة الناجمة عن الحادث التي قد تكون في الأملاك الشخصية أو منزل المريض بأكمله. وبالإضافة إلى مجمل هذه الخسائر فإن مريض الحروق يحزن ويتحسر على خصائص حياته السابقة (مثل العمل الذي فقده، والضرر الذي انتاب قدرته على التحرك والتنقل، والخسارة في القدرات والإمكانيات الجسدية كالوجه الجميل والقوام المتناسق وما شابه ذلك).

وعلاوة على الاكتئاب وأعراض اضطراب الضغط الحاد التي يعاني منها مريض الحروق فإن أكثر المشكلات النفسية شيوعا في هذه المرحلة هي الكوابيس الليلية والأفكار المتطفلة أو الدخيلة intrusive thoughts المتعلقة بالحادث الذي أدى للحروق. هذا بالإضافة إلى القلق والنكوص والمشكلات السلوكية مثل الكراهية والاتكالية. وغالبا ما تكون أعراض القلق والحزن والتعاسة مظاهر عامة أكثر من كونها مجموعة دالة على الاكتئاب المرضي. وبالرغم من أهمية الإرشاد النفسي المختصر Brief psychological counseling فإن الأدوية النفسية مهمة أيضا خاصة عند ظهور أفكار أو محاولات الانتحار، أو عندما يكشف التشخيص الدقيق عن وجود اضطراب اكتئابي رئيسي Major Depression Disorder.

ويجب أن يضع الأخصائيون النفسيون في اعتبارهم عند تقديم البرامج الإرشادية لمرضى الحروق الأمر الاعتيادي في أن يظهروا أعراض الاكتئاب، وأن يوضح الأخصائيون لهم أن هذه الأعراض أمر طبيعي وأنها ستزول تلقائيا خاصة إذا لم يكن للمريض تاريخ سابق للإصابة بالاكتئاب التي يظهرها المريض. كما يجب أن يضع الأخصائيون المعالجون في حسبانهم أيضا أن للإقامة في المستشفى لمدة تفوق الشهر، كذلك للإجراءات الجراحية المتكررة، دور في زيادة حدة الشعور بالاكتئاب (Andreasen & Norris 1972). كما ارتبطت فترة الاكتئاب الحاد بمستوى الألم الشديد المتبقي (الذي يظهر خلال الإجراءات العلاجية القاسية الكثيرة والمتكررة) هذا علاوة على الضغوط التي تسببها الأسر والمشكلات الزوجية (Andreasen Norris& Hartford, 1971; Temper eaul 1989).

ويمكن اعتبار أعراض اضطراب الضغط الحاد (ASD) استجابات نفسية تنبؤية بعوامل الضغط غير العادية (مثل صدمة الحروق) التي يعاني منها المريض. ويتضمن اضطراب الضغط الحاد حسب المراجعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (1994) DSM- IV أنه عبارة عن تراكم مجموعة من الأعراض التي يظهرها المريض كاستجابات للحدث الصادم المتضمن تهديدا عنيفا لسلامة الذات الجسمية ولسلامة ذوات الآخرين الجسمية، والذي يستجيب له الفرد بالخوف المكثف الشديد وبقلة الحيلة أو بالشعور بالرعب والهلع Horror.

وقد توصل حديثا فوا وآخرون (Foa, et. al) إلى أن برنامجا علاجيا مختصرا للوقاية قد يكون فعالا في التقليل من أعراض ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) عند النساء اللائي يتعرضن للعنف الجسدي. ويتضمن البرنامج العلاجي الكشف Exposure عن طبيعة العمل الإيذائي والتدريب على الاسترخاء وإعادة البناء المعرفي (Cognitive restructuring (Foa, et. al, 1995. ويفسر الباحثون نجاح البرنامج العلاجي بأنه يعود إلى تقديم العلاج النفسي داخل المؤسسة العلاجية بعد مرور أسبوعين على وقوع الصدمة post- trauma وليس مباشرة بعد الصدمة after- trauma. ويمكن إجمال منهج الأسلوب التدخلي العلاجي الناجح في هذه الحالة الاضطرابية عند مرضى الحروق من خلال الخطوات التالية:

١- إقناع المرضى بأن ينظروا للأعراض الاضطرابية بصورة طبيعية وسوية (مثل التأكيد لهم بأن هذه الأعراض عادة ما تختفي وتزول تلقائيا).

٢- مساعدتهم على الحديث عن الحادث الصادم بصورة متكررة وتزويدهم بفرص مواجهته بدلا من قيامهم بتجنب ما يذكرهم به.

٣- تزويد المرضى بالمعلومات النفسية الضرورية وبالنتائج المتفائلة لحالتهم من خلال جلسات تعليمية خاصة بذلك.

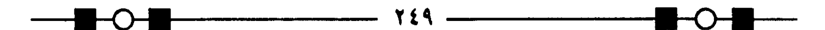
وفي حين يعتبر البرنامج المندمج مع أساليب تطبيع الأعراض (اعتبارها طبيعية) والمواجهة الواقعية لتفاصيل الحادث وتثقيف المرضى بشأن الإصابة من أفضل الأساليب العلاجية فإن برنامج الإرشاد والمدعومة بالعلاج الدوائي محسوبة من أفضل المناهج التدخلية العلاجية عند عدم زوال الأعراض الاضطرابية بعد مرور فترة من الزمن) (Foa, et. al, 1995

ويجب ألا ينسى الأخصائيون أن القلق المعمم والكوابيس الليلية شكاوى شائعة جدا في هذه المرحلة، ويمكن ملاحظتها خلال الأسابيع القليلة الأولى من إقامة المريض في المستشفى. وعلى هذا فإن اطلاع المريض وتثقيفه فيما يتعلق بالكوابيس والقلق المعمم بأنها عبارة عن حالات مؤقتة يؤدي بالضرورة إلى مساعدته على توجيه جهوده نحو قضايا أكثر إلحاحا.

ج- المرحلة طويلة المدى للشفاء: Long- Term Recovery (مرحلة التأهيل المجتمعي)

تبدأ هذه المرحلة مباشرة بعد مغادرة مريض الحروق المستشفى وعودته للانخراط ثانية في المجتمع. وتتضمن هذه المرحلة بصورة خاصة لدى مرضى الحروق الشديدة التأهيل الجسمي المستمر باعتبارهم مرضى خارج المستشفى Outpatients. ويصاحب هذا التأهيل استمرار الإجراءات الطبية (مثل تغيير الضمادات على الجروح التي سببتها الحروق) التي بدأت في المستشفى أو العودة بصورة متقطعة لإجراء عمليات الجراحة التجميلية Cosmetic Surgery الأخرى الضرورية.

وفي هذه المرحلة مازال أمام المرضى أن يواجهوا الآلام اليومية الناجمة عن برامج العلاج الطبيعي، كما أن عليهم أن يواجهوا الاعتبارات الأخرى الناتجة عن



عمليات التجميل (مثل التعامل والتكيف مع ارتداء ملابس من نوع خاص وتحمل الصورة الغريبة للوجه أو لغيره من الأعضاء التي قد تخضع للإجراءات التجميلية). هذا بالإضافة إلى العدد الكبير من القيود في الحياة اليومية التي تفرضها طبيعة الحروق كالعجز عن استخدام اليدين وغيرها.

وتعتبر هذه المرحلة هي المرحلة التي يقوم فيها مرضى الحروق ببطء وعلى نحو تدريجي باستعادة شعورهم بالكفاءة أثناء تأقلمهم مع القيود المفروضة عليهم بسبب الإصابة، مثل معدلات التحرك والتوافق مع الأجهزة التعويضية (مثل المعينات الحسية Sensory aids ومثل أجهزة السمع التعويضية، والأجهزة المساعدة في حالة فقدان البصر، والمفاصل الصناعية أو الأطراف الصناعية. وبالإضافة إلى ذلك فإن بعض المرضى يستمرون في تذكر الحادث المؤلم الذي أدى للإصابة بالحروق بصورة حية للغاية. وأيضا قد يتعرضون إلى تغيرات جوهرية في الأدوار الأسرية والمهنية. وهذا يدعو للقول بأنه ليس من المستغرب أن تعتبر السنة الأولى بعد مغادرة مريض الحزوق للمستشفى من أقسى وأصعب المراحل. وبالتالي فإن تزايد أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) يبدو أمرا مقبولا ومفهوما .(Perry et. al. 1992)

ومن هنا يبدو من المفيد قيام الفريق التأهيلي بإجراء مكالمات هاتفية بعد مغادرة المريض للمستشفى وإجراء تحويلات Referrals للعلاج النفسي المتوافر حسب الطلب. كما أن المكالمات الهاتفية المتكررة بانتظام تلعب دورا هاما في حياة المرضى المعروف عنهم بأنهم معرضون لخطر الاكتئاب المرضي.

أما بالنسبة لعمل المريض فإن مرضى الحروق غالبا ما يواجهون بفترة معالجة طويلة بعد ترك المستشفى، وذلك قبل أن يكونوا جاهزين للعودة ثانية للعمل. وفي حين نجد أن بعض المرضى يفضلون أو يجبرون على تغيير العمل إلى عمل آخر فإن من يستمرون في أعمالهم يواجهون بتغيرات غير مرغوبة في مكانتهم الوظيفية مثل إعادة تعيينهم في وظائف أخرى، وضمن شروط عمل محدودة (مثل العمل الجزئي) لم تكن تخطر لهم سابقا على بال. ومن الملاحظ أنهم يتعرضون للعديد من التحديات المهنية التي تستوجب تدخل المرشد النفسي المهني Vocational Counselor (وهذا مما يجعل لدور المرشد المهني في الفريق التأهيلي لمصابي الحروق أهمية خاصة).

القسم الخامس

العمليات التأهيلية للحياة في المجتمع

بعد العـــــــلاج

أ- تحسين نوعية الحياة:

وبعد مرور سنة على ترك مريض الحروق المستشفى تتركز صعوبات التوافق Adjustment difficulties التي يواجهها في إدراكه وتأكده التام من تدني نوعية حياته وانخفاض تقديره لذاته. وتشير نتائج بعض الدراسات إلى أن الاتجاه الشائع لنتائج الحروق المشوهة لشكل المريض العام يتضمن تدنيا في تقدير الذات لدى النساء وفي الانسحاب الاجتماعي لدى الرجال.

وقد يكون بعض مرضى الحروق الذين يميلون إلى الانسحاب الاجتماعي بسبب التشوه الذي حدث في أشكالهم بريئين تماما من أية أعراض نفسية قبل الإصابة بالحروق. وهذه الفئة هم أكثر الفئات احتياجا إلى المساعدة النفسية لتسهيل توافقهم مع التشوهات الجسمية، ويجب أن يلم أعضاء فريق التأهيل النفسي بالإمكانيات الطبية المتاحة للعمليات التجميلية لرفد برامج العلاج النفسي المقدمة لهذه المجموعة من مرضى الحروق (Pruzinsky & Cash 1990)

ويعتبر برنامج الوجوه المتغيرة Changing Faces Program المنفذ في بريطانيا من البرامج الناجحة جدا الذي صمم لإثراء تقدير الذات Self- Esteem Enhancement للمصابين بالحروق الشديدة (Partridage, 1997). ويتألف هذا البرنامج من ثلاثة مكونات كالتالي:

١- برنامج تدريبي يهدف إلى تحسين وإثراء صورة الجسم وهيئته Body Image.

٢- برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية Social Skill Training Program (SSTP).

٣- برنامج قراءة «سلسلة من المطبوعات» Series of Publications تتضمن مواضيع تتناول جوانب تشويهات الوجه Facial Disfigurement.

وتزود عناصر البرنامج مرضى الحروق بطرق لتحسين صورة الجسم وهيئته وزيادة الرضا عنه عن طريق أساليب تقويمية تجميلية Corrective Cosmetic



Techniques وأساليب تحليل الألوان وتناسق الملابس Clothing Coordination، بالإضافة إلى التدريب على المهارات السلوكية والاجتماعية.

ويساعد تعليم المريض طرق تحسين الهيئة والصورة الذاتية للجسم على اتخاذ خطوات إيجابية نحو الإجراءات التجميلية الممكنة لمواجهة التشوهات، خاصة تلك التشوهات التي لم تعد قابلة للاستفادة من الجراحة التجميلية ونحو جراحات إعادة البناء Re- Constructive.

وعادة ما تقدم عدة اقتراحات في عـدد من النواحي بما فيها نوع التجميل أو المكياج Make- up وكيـفيـة اختيـار إطارات النظارات Glasses Frames والملابس وأسلوب تصفيف الشعر Styling Hair.

ويساعـد برنامج التـدريب على المهارات السلوكـية والاجـتمـاعية المـصابين الناجين من الحروق على تـطوير استراتيـجيات اتصـال عملية للتـعامل مع المواقف الاجتـماعـية الصـعبة وللمـساعـدة في التغلب على ظاهرة العـزلة الاجتـماعـية (Partridge 1997).

ويتم في هذا البرنامج تعليم المشاركـين استراتيجيات خاصـة لمساعدتهم على إدارة أنفسهم والتحكم في أفكارهم واستجاباتهم بصورة مناسبة في المواقف الصعبة المختلفة، وذلك مع التـأكيد والتركـيز على الأساليب التي تمكنهم من تعلم كيـفية مواجهة وتناول الأسـئلة الاستفزازية أو التطفلية والتحديقـات الطويلة التي يوجهها إليهم الآخـرون. وعلى سبيل المثـال يزود المرضى باستجـابات عديدة أو محـتملة للأسئلة التطـفلية التي تمكنهم من إنهاء المحـادثة مع الطرف الآخر بلطف ولبـاقة، مثل أن يقول أحدهم «لـقد تعرضت لحادث لكن هذا حدث منذ فتـرة بعيدة جدا، ولا أرغب الآن في الحديث مطولا عنه أبدا» (Partridge 1997).

كما يتم أيضا تزويد المرضى بمقترحات لتدبر كيفـية معالجة العمليات الصعبة والقضايا الشـائكة المتعلقة بإعادة العلاقات الحـميمة Intimate Relationships إلى مجراها الطبيـعي. وتشير البحوث القليلة التي أجريت لتقـييم هذا البرنامج الواعد إلى أنه يسـاهم بشكـل مؤكـد في ارتـفاع تـقديـر المريض لذاته وزيادة الارتيـاح الاجتماعي والتقليل من الاكتئاب.

وهناك أهميـة خاصة تتـعلق بالاستـعانة بموارد المساعـدة الإضافيـة الأخرى الموجـهة للمـصابين الناجين من الحـروق. وتتعلق هذه الموارد بمجـموعـات الدعم Support Groups وإرشاد الأقران Peer Counseling. كذلك تضم مـجمـوعات الدعم شبكة عاملة Working Network من الناجين من الحروق ولديهم رغبة في التحدث مع مرضى الحروق الذين لازالوا يتلقـون العلاج في المستشفى، ويتم ذلك بالاتصالات الهاتفـية. كما يبدو إرشـاد الأقران مفيدا للغـاية لمصابي الحروق، الذي يقوم به العديد من الأفراد العاديين الأصحاء نفسيا الذين لم يحتاجوا كثيرا لخدمات أخصـائي الصحة النفسـية في الماضي، ولديهم الرغبـة في دعم ومساعدة مـصابي الحروق.

ب- التحكم في الألم:

يبدو من المستحـيل تناول جوانب الرعاية التأهيلية والنفسـية لمصابي الحروق بدون التركيز على قضية التحكم بالألم. ويعتبر تحمل الحروق الشديدة Sustaining Severe burns واحدة من أكثـر الخبرات المؤلمة التي قد يعـيشها الفـرد في حياته، ومن المعروف أن الـعناية العادية بالحـروق تحدث ألما يفوق في حـدته الألم الأولّى الذي أحـدثته صـدمـة الحرق. فـالمرضى عليـهم ولو مـرة أو مرتين في اليـوم أن يخضعـوا لتغييـر الضمادات ولعمليـة كشط الجلد الميت Necrotic skin debrided ولوخز إبر المواد المطهرة المضادة للتعفن Stinging Antiseptic Agents. وقد تستمر هذه العمليـة لمدة أسابيع عديدة أو أشـهر. ومن الجدير بالـذكر أنه على الرغم من تناقص الألم بمرور الوقت إلا أن القلق الاستباقي Anticipatory Anxiety أو القلق المرتبط بتوقع ما سيحدث يبقى موجودا (Ptacek, et. al, ١٩٩٥).

وقـد أشار بعـض الباحـثين إلى أن الألم الذي يشكو منـه مرضى الحـروق يختلف في شـدته بصورة أساسيـة من يوم لآخر ولا يتبع نمطا متـماثلا Uniform Pattern بين الأفراد المصـابين بالحروق. كما أن هذا الألم لا يرتبط بحـجم إصابة الحروق. ويعتـبر الألم الإجرائي Procedural pain (أي الألم الذي يحدث خلال تنفيذ الإجراءات العلاجية الطبـية) من أقوى العناصر قدرة على التنبؤ بالألم الناجم عن الحـروق. ويكون هذا الألم على درجة بالغـة من الحدة والشـدة ويدوم لفـترة قصيـرة وذلك مقارنة بالألم البعيـد عن الأنظار أو بألم الخلفية Background pain

(وهو عبارة عن الألم الذي يخبره المريض خلال فترة راحته). (Ptacek, Patterson . Doctor, In Press)

ويشير بعض الباحثين أيضا إلى أن مرضى الحروق يصفون الألم الإجرائي بأنه موجع للغاية Excruciating بالرغم من إعطائهم جرعات المورفين Morphine (وهو أحد مشتقات الأفيون ومن أقوى ما عرفه الإنسان من عقاقير مخففة للألم) أثناء القيام بإجراءات التغيير على الجروح والعمليات الطبية الأخرى. ومن الواضح حسب ما توصل إليه الباحثون أن العقاقير الأفيونية المسكّنة للألم Opioid Analgesic Drugs (وهي من أقواها كما قلنا) لا تسيطر على كل أنواع الألم الفظيعة التي يشعر بها مريض الحروق. وبالتالي فإن الاستراتيجية الفعالة لمواجهة ألم الحروق غالبا ما يتضمن أنواعا مختلفة من الأساليب والأدوية معا.

ويمكن تقسيم علاجات ألم الحروق إلى نوعين: النوع الأول وهو ما يتضمن ما يمكن تسميته بالمنهج أو المدخل الدوائي Pharmacological Approach والمنهج أو المدخل غير الدوائي Non Pharmacological Approach

أما المنهج أو المدخل الدوائي فيتضمن إعطاء المريض مسكّنا أفيونيا Opioid Agonist (أحد أنواع العقاقير المستمدة من عقار المورفين... وبالطبع يحدث هذا ضمن الوصفات الطبية التي تحدد الكمية والمدة التي مضت على آخر تناول لهذا الدواء، وذلك خوفا من الوقوع في مشكلة الإدمان). ويعتبر هذا المسكن من أكثر المسكنات استخداما مع مرضى الحروق لأنه من أقوى أنواع المسكنات وأشدها فعالية في التحكم بآلام الحروق، كما أنه مألوف لدى معظم القائمين برعاية المرضى، هذا بالإضافة إلى سهولة تقنين الجرعة التي تحدث الدرجة المطلوبة من تسكين الألم لتحقيق الراحة للمريض والمحيطين به من أفراد الأسرة الذين يتولون أمر رعايته الطبية (Patterson & Sharar, 1977). وبالرغم من توقع ظهور الاعتماد الجسمي Physical Dependence بسبب تعاطي هذا الدواء المسكّن خاصة مع الاستعمال الطويل الأمد فإن الاعتماد النفسي Psychological Dependence يبدو من النادر حدوثه عند مرضى الحروق. ولهذا فإن الأخصائي النفسي يجب أن يقوم بالتأكيد

لمرضى الحروق بأن تعاطي المسكن الأفيوني يتضمن بعض الخطر لأن احتمالات إدمانه والتعود عليه وتعاطيه بعد ذلك لأسباب غير طبية أمر ليس مستبعدا.

وأما المنهج أو المدخل غير الدوائي فيتضمن التدخلات العلاجية المعرفية السلوكية Cognitive- Behavioral Interventions والتنويم الإيحائي Hypnosis التي تعتبر ذات فائدة بالغة للمرضى الذين يخضعون لإجراءات طبية تجعلهم يعانون من الآلام المبرحة. ومن الجدير بالأهمية عند اتباع أو استخدام العلاجات المعرفية السلوكية أن نحدد فيها إذا كان المريض حساسا Sensitize بحيث يكون قادرا على أن يركز انتباهه على الإجراءات المؤلمة، أم أنه يميل إلى أن يكون كابتا Repressor بحيث يميل إلى إزاحة انتباهه بعيدا عما يجرى من إجراءات طبية. فالنوع الأول الحساس يمكنه الاستفادة من استراتيجيات التوافق والمواجهة التي تجعله يعيد تفسير Reinterpret معنى meaning الألم أو الإحساس به Pain sensation. أما النوع الثاني من هؤلاء المرضى الذين يمارسون ميكانزمات الكبت فإنهم يستفيدون من المناهج التي تجعلهم ينفصلون عن خبراتهم مثل أسلوب التخيل Imagery والاسترخاء العميق Deep Relaxation (Everett, Patterson & Chen, 1990).

ومن الضروري والمفيد لمرضى الحروق القيام بتعليمهم التمييز بين الأذى Hurt والألم Harm. وأن يتم الشرح لهم بأن ألم الحروق من الدرجة الشديدة غالبا ما يكون مؤقتا وأن وجود الألم يعتبر مؤشرا على نشاط عمل الأنسجة وعلى اقترابها من الشفاء Healing (Patterson, 1995).

ويعتبر التنويم الإيحائي منهجا نفسيا مغريا في وحدة العناية بمصابي الحروق لأنه يمكن تطبيقه بسرعة، وغالبا ما يصاحبه نتائج مفاجئة ومثيرة. وكثيرا ما يكون مرضى الحروق مرشحين جيدين لهذا النوع من التنويم لأنهم ينكصون انفعاليا بسبب صدمة الرعاية الطبية المؤلمة، كما أنهم ينفصلون بسبب تحملهم الصدمة، ويكونون مدفوعين للإذعان والطاعة بسبب ارتفاع مستويات الألم لديهم (Patterson, Adcock & Bombardier, 1997).

ويوصي الباحثون بضرورة تطبيق التنويم الإيحائي قبل أن يتعرض المريض لإجراءات العلاج الطبية المؤلمة، مع تأكيدهم على فعالية هذا الأسلوب النفسي في علاج الألم المبرح الناجم عن إصابات الحروق الشديدة (Patterson, Goldberg & Ehde, 1996; Patterson, 1992) (Patterson, et. al 1997).



ج- التحكم في حالات الحروق المحدثة ذاتيا:

غالبا ما تتعامل وحدات الحروق مع عملية ضبط المرضى الذين يعانون من خصائص سلوكية شخصية مضطربة بما في ذلك حالات الحروق المحدثة والمسببة ذاتيا. وتشمل كل من يحاول أن يوقع بنفسه أذى أو ضررا، ومنهم من يحاول الانتحار. وتشير الإحصائيات إلى أن معدلات أعداد حالات الحروق تتراوح من ٩٪ (Skully & Hutcherson, 1983) إلى ٦٧٪ (Daniels, et. al 1991).

كما تشير الدراسات إلى أن معدلات محاولات الانتحار بين هذه الفئة (حالات الحروق المحدثة ذاتيا) قد تزايدت بصورة ملحوظة في العشر سنوات الأخيرة (Caste, et. al, 1995) وقد تبين أن المصابين بحروق محدثة ذاتيا Self- inflicted burns بصورة مقصورة لأسباب نفسية إضافة إلى من يحاولون الانتحار[1] Other than suicide (Para suicide) (وهي فئة غالبا ما تنطبق عليها مواصفات اضطراب الشخصية الحدية Borderline Personality Disorder حسب المراجعة الرابعة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM- IV, 1994)).

وقد أشار الباحثون إلى أهمية وضرورة الانتباه إلى مساعدة هذه الفئة من المصابين بالحروق بصورة مقصودة بواسطة الأساليب المختلفة للسيطرة على سلوك الإيذاء الذاتي لديهم مؤكدين على أنه بالرغم من عدم ارتفاع عددهم نسبيا، إلا أنهم يشكلون مجموعة تتردد بصورة متكررة على وحدات معالجة الحروق مما يجعلهم يمثلون ٢٨٪، وهو عدد غير متناسب أو غير متكافئ Disproportionate number ممن يعالجون في وحدات رعاية الحروق.

وهناك العديد من المبادئ والأسس الواجب اتباعها للسيطرة على هذا الاضطراب السلوكي داخل وحدات رعاية الحروق. ومن هذه الأسس الأساسين الآتيين:

(١) محاولة انتحار، إشارة انتحار، رغبة انتحار Para suicide محاولة انتحار فاشلة، كما يشير المصطلح إلى أي عمل أو سلوك يعبر عن الرغبة في الانتحار (جابر، كفافي ١٩٩٣، ٢٦٣١).



١- ضرورة استخدام أساليب ومناهج التعديل السلوكي بصورة مبكرة وثابتة.

٢- ضرورة العمل مع الفريق الطبي بدقة وتفصيل وعن قرب من أجل تطوير واستخدام الخطط السلوكية.

ومن المفيد مع هذه الحالات العمل مع الفريق الطبي من أجل مساعدتهم على النظر إلى السلوك الصعب باعتباره انعكاسا للمرض النفسي عوضا عن النظر إليه باعتباره إهانة شخصية لهم Personal affront.

كما يبدو من المهم مساعدة أعضاء الفريق الطبي على التنبؤ بالمشكلات السلوكية للمريض (والاستجابة إلى هذا النوع من مصابي الحروق وفق برنامج زمني محدد Time- Contingent basis) كما يمكن تدريب الفريق الطبي على كيفية جعل هؤلاء المرضى يقومون بتوجيه أسئلتهم المتعلقة بالقضايا النفسية أو ذات الصبغة النفسية إلى المعالجين النفسيين، فالمعالجون النفسيون المتمرسون غالبا ما يكونون قادرين على مناقشة هذه القضايا بأسلوب مرن Flexible وداعم Supportive إلا أنه أسلوب حازم Firm. وهذا بالتالي يؤدي إلى تقليل الخلافات والصدمات بين الفريق الطبي ومرضى الحروق المضطربين (Stoudemire, Thompson 19982).

ويعتبر التقيد واتباع أساليب الرعاية المركزية Centralization care والاتساق Consistency في الرعاية لهم بشكل خاص من أجل ضبط سلوك مرضى الحروق ذوي التاريخ الحياتي المشوش. ويتولى المعالجون النفسيون دورا مهما آخر أيضا وذلك بالعمل مع التخصصات المهنية الأخرى العاملة في وحدات الحروق (كالأخصائيين الاجتماعيين Social Workers) من أجل ضمان حصول المريض المضطرب على علاج نفسي طويل الأمد بعد مغادرته المستشفى.

د- استخدام نظام الحصص لتيسير التأهيل:

وكما أوضحنا فإن مصابي الحروق الشديدة يخضعون لإقامة طويلة في المستشفى وأنهم ينزعون إلى تطوير مشاعر التعاسة والحزن بسبب ذلك ويمثل الانسحاب الاجتماعي والسلبية والقلق وتناقص التفاعلات الاجتماعية سلوكيات

شائعة وعامة، وغالبا ما تمثل زملة Syndrome أو مجموعة من الأعراض التي يصعب التمييز بينهما وبين أعراض الاكتئاب. وتمثل هذه الزملة التي يمكن أن نطلق عليها مصطلح «قلة الحيلة المكتسبة» أو «المتعلمة» Learned Helplessness وهي المفهوم الذي أشار إليه لأول مرة العالم النفسي مارتن سيلجمان (Seligman, M. 1975).

ويشير نظام الحصص Quota system إلى منهج لمعالجة ظاهرة قلة الحيلة التي استخدمت بنجاح متتال في مجالات التأهيل ومعالجة الألم الزمني (Fordyce, 1976) ويهدف هذا المنهج العلاجي إلى مساعدة المرضى على اكتساب الإحساس بالقدرة على التنبؤ Predictability والضبط Control وذلك من خلال التقليل من طبيعة التدخلات التأهيلية المكثفة تدريجيا بصورة منظمة، مما يساعد بالتالي إلى التزايد التدريجي في السلوكيات المتوقعة Expected behavior.

ويتألف منهج نظام الحصص من خط قاعدي منفصل Separate baseline ومن برنامج مقسم إلى مراحل Program phases. ويتم في مرحلة الخط القاعدي تحديد سلسلة من السلوكيات المستهدفة للعلاج والتي يظهرها المشاركون، ويشير إليها المعالجون باعتبارها الأساليب والسلوكيات التي سيتضمنها برنامج الحصص، كما يتم قياسها وذلك قبل ثلاثة إلى خمسة أيام من البدء بمراحل برنامج الحصص. وقد تتضمن السلوكيات المستهدفة Targeted behaviors التي تم التعرف عليها والتي تكون قابلة للملاحظة والحصر كميا، إضافة إلى أية مهمة أو عمل يدركه المشارك المريض بأنه صعب التنفيذ أو غامرا له أو فوق طاقته.

ومن الأمثلة على هذه المهمات الصعبة أو الغامرة لدى مرضى الحروق تحمل الجلوس Sitting tolerance لمدة معقولة، والمشي Walking، ومدى من التمارين الحركية Range of motion exercises، والضغوط الناجمة عن ارتداء الملابس Pressure Garment use، واستخدام الجبائر Splint use. وخلال مرحلة الخط القاعدي يطلب من المريض أن يؤدي السلوك المستهدف في العلاج وبنفس المستوى الذي يشعر به من الضعف Weakness والإنهاك Fatigue والألم Pain وبالتالي فإن الخط القاعدي هو متوسط المستوى المتحمل الذي يظهره المريض خلال فترة ٣-٥ أيام التي تسبق البدء بالبرنامج.

ويوظف الخط القاعـدي كأساس لتـحديد القيمـة الأولية Initial Value في مراحل البرنامج. ومن أجل الوصول إلى نجاح مبكر في البـرنامج تم اختيار معدل أداء أقل انخفاضا بقليل (من ٥٠٪ إلى ٨٠٪) من المعدل العام لتحمل أداء السلوك وتم اعتباره هو القـيمة الأولية. ومن ثم نبدأ التدريبات السلـوكية منطلقة من الخط القاعدي وبتـزايد مستمر يومـيا في اعداد السلوك بصورة ثابتـة ومتسقة ومـتنبأ بها وممكن إحرازها وتحقيقها (مثل زيادة عدد السلوكيات بمعدل ثابت من ٥٪ إلى ١٠٪ من الخط القاعـدي). وهذا ما يبنى للمريض بالتـدريج تحملا متـزايدا. ولا يسمح للمريض أن يـتجاوز أو يتـخطى أيا من الحصص، حـتى ولو شعر بـأنه قادر على العمل فـوق، أو ما وراء Beyond مسـتوى التحـمل المطلوب منه في يوم من أيام التدريب. ويمكن تكيـيف أعداد السلوكيات زيادة ونقصـا إذا تبين أنها أقل أو أعلى من مستوى تحمل المريض بالتعاقب. ويشير الكثير من الباحثين إلى نجاح هذا المنهج في وحدات الحروق بصورة خاصة (Ehde, Patterson & Fordyce 1998).

☺☺☺☺☺☺

مراجع الفصل الثامن

١- جابر عبد الحميد، عـلاء الدين كفافى: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٠.

٢- جابر عبد الحميد، عـلاء الدين كفافى: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء السادس، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٣.

3- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental health disorders (DSM IV). Washington, DC: Author.

4- Andreasen, N.J.C., and Norris, A.S. (1972): Long-term adjustment and adaptation mechanisms in severely burned adults. Journal of Nervous and Mental Disease, 154, 352-362.

5- Andreasen, N.J.C., Norris, A.S. and Hartford, C.E. (1971): Incidence of long term psychiatric complications in severely burned adults. Annuals of Surgery, 174, 785-793.

6- Avni, J. (1990): The severe burns. Advances in Psychosomatic Medicine, 10, 57-77.

7- Bernstein, N.R. (1976): Emotional care of the facially burned and disfigured. Boston: Little, Brown.

8- Bortz, W. (1984): The disuse syndrome. Western Journal of Medicine, 141, 691-694.

9- Brigham, P.A. and McLoughlin, E. (1996): Burn incidence and medical care use in the United States: Estimates, trends and data sources. Journal of Burn Care and Rehabilitation, 17, 95-107.



10- Caldwell, F.T.J., Wallace, B.H., and Cone, J.B. (1996): Sequential excision and grafting of the burn injuries of 1507 patients treated between 1967 and 1986: End results and the determinants of death. Journal of Burn Care and Rehabilitation, 17, 137-146.

11- Castellani, G., Beghini, D, Barisoni, D. and Marigo, M. (1995): Suicide attempted by burning: A 10 year study of self-immolation deaths. Burns, 21, 607-609.

12- Choiniere, M., Melzack, R., Rondeau, J., Girard, N. and Paquin, M.J. (1989): The pain of burns: Characteristics and correlates. Journal of Trauma, 29, 1531-1539.

13- Currerie, P.W., Luterman, A., Braun, D.W. and Shires, G.T. (1980): Burn injury: Analysis of survival and hospitalization time for 937 patients. Annals of Surgery, 192, 472-478.

14- Daniels, S.M., Fenley, J.D., Powers, P.S., and Cruse, C.W. (1991): Self-inflicted burns: A ten-year retrospective study. Journal of Burn Care and Rehabilitation, 12, 144-147.

15- Ehde, D.M., Patterson, D.R. and Fordyce, W.E. (1998): The quota system in burn rehabilitation. Journal of Burn Care and Rehabilitation, 19, 436-440.

16- Foa, E.B., Hearst-Ikeda, D.E., and Perry, K.J. (1995): Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 948-955.

17- Fordyce, W.E. (1976): Behavioral methods for chronic pain and illness. St. Lois, MO: Mosby-Year Book.



18- Hamburg, D.A., Hamburg, B. and DeGoza, S. (1953): Adaptive problems and mechanisms in severely burned patients. Psychiatry, 16, 1-20.

19- Hurren, J. (1995): Rehabilitation of the burned patients: James Laing Memorial Essay for 1993. Burns, 21, 116-126. 1995.

20- Kolman, P.B.P. (1983): The incidence of psychopathology in burned adult patients: A critical review. Journal of Burn Care and Rehabilitation, 4, 430-436.

21- Nguyen, T.T., Gilpin, D.D., Meyer, N.A., and Herndon, D.N. (1996): Curren treatment of severely burned patients. Annals of Surgery, 223, 12-25.

22- Partridge, J. (1997): When burns affect the way you look. London: Changing Faces.

23- Patterson, D.R. (1987): Psychological care of the burn patient. Topics in Acute and Trauma Rehabilitation, 1, 25-39.

24- Patterson, D.R. (1995): Nonopioid based approaches to burn pain. Journal of Burn Care and Rehabilitation, 16, 372-376.

25- Patterson, D.R. and Sharar, S. (1997): Treating pain from burn injuries. Advances in Medical Psychotherapy, 9, 55-71.

26- Patterson, D.R., Adcock, R.J. and Bombardier, C.H. (1997): Factors predicting hypnotic analgesia in clinical burn pain. International Journal of Clinical and Experiemental Hypnosis, 45, 377-394.

27- Patterson, D.R., Everett, J.J., Burns, G.L. and Marvin, J.A. (1992): Hypnosis for the treatment of burn pain. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 713-717.



28- Patterson, D.R., Everett, J.J., Bombardier, C.H., Questad, K.A., Lee, V.K., Marvin, J.A. (1993): Psychological effects of severe burn injuries. Psychological Bulletin, 113, 362-378.

29- Patterson, D.R., Goldberg, M.L. and Ehde, D.M. (1996): Hypnosis in the treatment of patients with severe burns. American Journal of Clinical Hypnosis, 38, 200-212.

30- Patterson, D.R., Ptacek, J.T., Carrougher, G.J. and Sharar, S. (1997): Lorazepam as an adjunct to Opioid analgesics in the treatment of burn pain. Pain, 72, 367-374.

31-Patterson, D.R., Ptacek, J.T., and Esselman, P.C. (1998): Management of suffering in patients with severe burn injury. Western Journal of Medicine, 166, 272-273.

32- Patterson, D.R. and Ford, G.R. (2002): Burn Injuries. In R.G. Frank and T.R. Elliott (Eds.): Handbook of rehabilitation psychology (pp. 145-159). Washington, DC: American Psychological Association.

33- Perry, S. and Blank, K. 91984): Relationship of psychological processes during delirium to outcome. American Journal of Psychiatry, 141, 843-847.

34- Perry, S., Heidrich, G. and Ramos, E. (1981): Assessment of pain in burn patients. Journal of Burn Care and Rehabilitation, 2, 322-326.

35- Pruzinsky, T. and Cash, T.F. (1990): Integrative themes in body-image development, deviance, and change. In T.F. Cash and T. Pruzinsky (Eds.), Body images: Development, deviance, and change (pp. 337-349). New York: Guilford.



36- Ptacek, J.T., Patterson, D.R. and Doctor, J.N. (in press). Describing and predicting the nature of procedural pain following thermal injury. Journal of Burn Care and Rehabilitation.

37- Ptacek, J.T., Patterson, D.R., Montgomery, B.K., Ordonez, N.A., and Heimback, D.M. (1995): Pain, coping, and adjustment in patients with severe burns: Preliminary findings from prospective study. Journal of Pain and Symptom Management, 10, 446-455.

38- Seligman, M.E.P. (1975): Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco: Freeman.

39- Shelby, J. (1992): Severe burn injury: Effects on psychologic and immunologic function in non-injured close relatives. Journal of Burn Care and Rehabilitation, 12, 58-63.

40- Skully, J.H. and Hutcherson, R. (1983): Suicide by burning. American Journal of Psychiatry, 140, 905-906.

41- Steiner, H. and Clark, W.R. (1977): Psychiatric compications of burned adults: A classification. Journal of Trauma, 17, 134-143.

42- Stoudemire, A. and Thompson, T.L.II. (1982): The borderline personality in the medical setting. Annals of Internal Medicine, 96, 76-79.

43- Tempereau, C.E. (1989): Loss of will to live in patients with burns. Journal of Burn Care and Rehabilitation, 10, 464-468.

44- Trieschmann, R. (1988): Spinal cord injuries Psychological, social, and vonal rehabilitation (2nd ed.). New York: Demos.



صدر من السلسلة ما يلي :

(١) رياضة المشى مدخل لتحقيق الصحة النفسية والبدنية.

تأليف أ.د. أسامة كامل راتب و أ.د. إبراهيم خليفة تقديم أ.د. جابر عبد الحميد.

(٢) التعليم والتنمية الشاملة : دراسة فى النموذج الكورى.

تأليف د. عبد الناصر محمد رشاد. تقديم أ.د. عبد الغنى عبود

(٣) مناهج التربية : أسسها وتطبيقاتها.

تأليف أ.د. على أحمد مدكور. تقديم أ.د. جابر عبد الحميد

(٤) المدخل فى تدريس العلوم (من سلسلة تدريس العلوم فى العالم المعاصر).

أ.د. أحمد النجدى. تأليف أ.د. على راشد. أ.د. منى عبد الهادى

(٥) التربية البيئية لطفل الروضة .

تأليف أ.د. وفاء سلامة. مراجعة وتقديم: أ.د. سعد عبد الرحمن

(٦) التدريس والتعلم: الأسس النظرية والاستراتيجية والفاعلية - الأسس النظرية .

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد.

(٧) النمو الحركى: مدخل للنمو المتكامل للطفل والمراهق.

تأليف أ.د.أسامة كامل راتب.

(٨) الإرشاد والعلاج النفسى الأسرى:المنظور النسقى الاتصالى.

تأليف أ.د.علاء الدين كفافى.

(٩) علم النفس الاجتماعى: رؤية معاصرة.

تأليف أ.د. فؤاد البهى. وأ.د. سعد عبد الرحمن

(١٠) استراتيجيات التدريس والتعلم .

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد.

(١١) الإدارة المدرسية فى مطلع القرن الحادى والعشرين.

تأليف أ.د. أحمد إبراهيم أحمد

(١٢) علم النفس الاجتماعى والتعصب.

تأليف أ.د. عبد الحميد صفوت

(١٣) التربية المقارنة والألفية الثالثة: الأيديولوجيا والتربية والنظام العالمى الجديد.

تأليف أ.د. عبد الغنى عبود وآخرون

(١٤) مدرس القرن الحادى والعشرين الفعال:المهارات والتنمية المهنية.

تأليف أ.د.جابر عبد الحميد، ود. بيومى ضحاوى.

أ.د. عادل سلامة،أ.د. عبد الجواد السيد بكر

(١٥) الإعداد النفسى للناشئين: دليل للإرشاد والتوجيه للمدربين والإداريين وأولياء الأمور.

تأليف أ.د. أسامة كامل راتب

(١٦) القلق وإدارة الضغوط النفسية.

تأليف أ.د. فاروق السيد عثمان

(١٧) طرق تدريس الرياضيات.. نظريات وتطبيقات.

تأليف أ.د. إسماعيل محمد الأمين

(١٨) خصائص التلاميذ ذوى الحاجات الخاصة واستراتيجيات تدريسهم.

تأليف: مارتن هنلى - روبارتا رامزى - روبرت ألجوزين

ترجمة أ.د.جابر عبد الحميد

(١٩) تحليل المحتوى فى العلوم الإنسانية.

تأليف أ.د. رشدى أحمد طعيمة

(٢٠) أصول التربية البدنية والرياضة: المدخل ـ التاريخ ـ الفلسفة - المهنة والإعداد المهنى - النظام العلمى الأكاديمى.

تأليف أ.د. أمين أنور الخولى

(٢١) فقه التربية: مدخل إلى العلوم التربوية.

تأليف أ.د. سعيد إسماعيل على

(٢٢) اتجاهات وتجارب معاصرة فى تقويم أداء التلميذ والمدرس.

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد

(٢٣) علم اجتماع التربية المعاصر: تطوره ـ منهجيته ـ تكافؤ الفرص التعليمية

تأليف أ.د. على السيد الشخيبى

(٢٤) تربية الأطفال المعاقين عقليا

تأليف أ.د. أمل معوض الهجرسى

(٢٥) القياس والاختبارات النفسية

تأليف أ.د.عبد الهادى السيد على وأ.د. فاروق السيد عثمان

(٢٦) التربية وثقافة التكنولوچيا.

تأليف أ.د. على أحمد مدكور

(٢٧) طرق وأساليب وإستراتيجيات حديثة فى تدريس العلوم (من سلسلة تدريس العلوم فى العالم المعاصر).

تأليف أ.د. أحمد النجدى. أ.د. منى عبد الهادى أ.د. على راشد.

(٢٨) الذكاءات المتعددة والفهم .

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد

(٢٩) المنهجية الإسلامية فى البحث التربوى .

تأليف أ.د. عبد الرحمن النقيب

(٣٠) نحو تعليم أفضل: إنجاز أكاديمى وتعلم اجتماعى وذكاء وجدانى.

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد

(٣١) النشاط البدنى والاسترخاء: مدخل لمواجهة الضغوط وتحسين نوعية الحياة.

تأليف أ.د. أسامة كامل راتب

(٣٢) علم النفس الصناعى والتنظيمى: بحوث عربية وعالمية.

تأليف أ.د. محمود السيد أبو النيل

(٣٣) اتجاهات حديثة فى تعليم العلوم على ضوء المعايير العالمية وتنمية التفكير والنظرية البنائية.

تأليف أ.د. على راشد أ.د. أحمد النجدى أ.د. منى عبد الهادى

(٣٤) موسوعة علم النفس التأهيلى وخدماته فى مجال الإعاقات والإصابات والأمراض المزمنة.

تأليف أ.د. علاء الدين كفافى أ.د. جهاد علاء الدين

(٣٥) نظريات المناهج التربوية.

تأليف أ.د. على أحمد مدكور

